

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LES ÉPREUVES DE L'OUÏE ET DE L'ORGANE STATIQUE DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Par NADOLECZNY (Münich).

« Chez les malades, atteints de névrose traumatique, même chez ceux qui ne se plaignent ni de troubles de l'ouïe, ni de surdité, il faut toujours faire et considérer l'examen otologique. Sans cet examen, l'expertise est impossible », ainsi s'exprime Passow dans son livre *Les lésions de l'oreille*.

Je vais essayer de montrer ce que donne l'examen fonctionnel de l'ouïe et de l'organe statique dans les expertises des accidents du travail, surtout chez des malades qui n'ont pas eu à subir une lésion directe de ces organes. A la fin, je résumerai les méthodes d'examen que le praticien pourra essayer, sans trop de difficulté sur le blessé, surtout immédiatement après l'accident. Car, précisément les bases de cette première expertise sont d'importance capitale pour l'expertise entière. Son absence ou son insuffisance, au moins quant à l'appareil auditif, est la source la plus fréquente des plaintes et des ennuis dans les expertises ultérieures.

Je n'entrerai pas dans les anamnestiques tant qu'elles concordent avec les anamnestiques générales. Il est important seulement de savoir si le blessé a été employé auparavant dans les usines où se produit un grand bruit (serrurerie, etc.). Ensuite, il faudra s'enquérir de la surdité dans la famille (otosclérose et surdité nerveuse). Enfin, il faudra tâcher de savoir si le malade a été sourd auparavant, ce qu'il niera naturellement, mais ce dont on peut s'assurer grâce au certificat d'école ou du service militaire.

Je mentionnerai seulement en passant l'examen direct avec le spéculum. Cet examen peut nous donner des renseignements précieux, mais seul, il est rarement suffisant pour former la base du diagnostic, car, ni des traces manifestes d'une suppuration de l'oreille moyenne, ni celles des lésions antérieures directes ne prouvent quelque chose pour ou contre la supposition d'une lésion de l'oreille interne. De même, les hypérémies chroniques du manche du marteau, de la membrane de Schrapnell, assez fréquentes dans les otites moyennes chroniques et dans les états congestifs (en même temps avec hypérémie de la muqueuse nasale et pharyngée) peuvent se rencontrer avec les affections traumatiques. Bref, l'examen par le spéculum ne prouve d'abord rien. L'hypérémie est un unique symptôme objectif pour l'irritation de l'oreille.

L'examen fonctionnel de l'ouïe nous renseigne sur les lésions de la fonction. On emploie d'abord la voix chuchotée en examinant chaque oreille séparément, sans que le malade puisse voir le médecin. Quoique la voix chuchotée soit différente chez chaque examinateur, malgré l'emploi de l'air résiduel, elle nous donne tout de même une idée du pouvoir auditif de l'oreille. Voici pourquoi.

Oscar WOLF, et plus tard BEZOLD, ont combiné, à l'aide des analyses phonétiques, certains groupes de sons qui sont entendus, d'après leur tonalité, à des distances variées. Des mots qui sont composés de ces sons, appartenant à des groupes différents, seront entendus en conséquence à des distances différentes. D'après la faculté de l'oreille d'entendre des sons aigus, moyens, graves, ils seront entendus également différemment par l'oreille malade.

Ainsi, par exemple, BEZOLD a prouvé que le chiffre « sieben » (7 en allemand), correspondant dans sa tonalité au six (6) français, car on examine généralement avec des nombres, est surtout mal entendu dans les labyrinthites, parce que les sons aigus sont le moins bien perçus dans ce cas, tandis qu'une oreille normale l'entend précisément le mieux et à la plus grande distance. Pour tous les chiffres entre « zwei » (2) et « neun » (9), et pour le chiffre « hundert » (100), il a pu déterminer la plus grande distance approximative. Quand l'un

ou l'autre de ces chiffres n'est plus entendu, ou quand la distance pour leur entendement a diminué, on a déjà un symptôme caractéristique.

ZWAARDEMAKER et QUIX ont formé, en considérant la tonalité et le pouvoir de transmissibilité de quelques sons de la parole, des groupes de monosyllabes isotonales, et d'après leur pouvoir de transmissibilité, des monosyllabes équivalentes dont tous les composants sont également perçus.

REUTER a établi un tableau sur les mêmes bases pour la langue allemande, Delsaux pour la langue française, grâce auquel on peut constater la surdité partielle avec la voix chuchotée seule. En général, des chiffres chuchotés suffiront, sinon on peut avoir recours à la voix ordinaire de conversation.

Epreuves avec le diapason. L'épreuve de SCHWABACH consiste dans la constatation de la transmission osseuse du son du diapason vertex. On emploie de préférence un diapason de 100 à 120 v., par exemple *la* et un autre *la'*; on compare la durée de la perception avec la durée normale, fixée au préalablement ou par la recherche, en posant le diapason sur le vertex du médecin, supposée son ouïe normale. Cette épreuve est en même temps une expérience psychologique, car elle permet de fixer les limites; mais elle a aussi l'inconvénient de faire dépendre notre diagnostic de la disposition psychique du malade. La perception osseuse est diminuée dans les affections de l'oreille interne et de l'acoustique, elle est augmentée dans les affections de la caisse et du conduit. La perception osseuse peut être diminuée chez un malade, qui entend à une distance normale, dans les cas de concrétion de la dure-mère avec le crâne, après traumatisme, de même dans la syphilis cérébrale, paralysie infantile cérébrale, chez les alcooliques, épileptiques, paralytiques, chez lesquels une pareille concrétion n'est pas d'origine traumatique (Gudden et Wanner).

J'ai pu faire dernièrement une constatation analogue chez un malade qui est devenu sourd d'un côté à la suite d'une méningite, faite dans son enfance. Cet homme, âgé de 43 ans, est venu consulter pour un léger catarrhe de son oreille « saine ». J'ai pu constater une diminution de 10° pour la perception

osseuse, pour laquelle toute autre explication que la sus-mentionnée manquait.

La deuxième épreuve importante est celle de Rinne. On la pratique avec le même diapason, qu'on fait sonner d'abord sur l'apophyse, et ensuite devant l'oreille, ou inversement. Ici on compare la durée de la perception aérienne avec celle de la perception osseuse. Cette dernière est normalement plus courte de 30" pour le diapason *la'*, par exemple. Si la transmission du son est troublée, la perception osseuse prévaut, si l'appareil percepteur, au contraire, est malade, c'est la transmission aérienne qui prévaut, en raison de la diminution de la transmission osseuse, prouvée déjà par l'épreuve de Schwabach. Si une oreille seule est malade, ou si d'un côté c'est l'oreille moyenne et, de l'autre, l'oreille interne qui est malade, le résultat de cet examen peut être troublé, de telle sorte que par l'augmentation de la transmission osseuse d'une oreille la diminution de la perception de l'autre soit masquée.

L'épreuve connue de WEBER, à savoir de quel côté le diapason vertex est entendu uniquement ou mieux, est incertaine. Conformément à la diminution de la transmission osseuse dans les labyrinthites, elle devrait être négative pour l'oreille malade ; mais on connaît des cas où elle était positive malgré l'absence certaine du labyrinthe. Elle est donc incertaine et peut augmenter nos symptômes si elle concorde avec eux.

Je passe les autres épreuves moins importantes, mais l'examen exact du pouvoir auditif, qualitatif et quantitatif est de la plus haute importance. On se sert pour ces constatations de la gamme continue de BEZOLD-EDELMANN, ou des instruments de KÖNIG et du sifflet de GALTON.

Avec ces diapasons chargés ou libres d'harmoniques (¹), on détermine la limite inférieure ; avec le sifflet, la limite supérieure, et avec les mêmes diapasons non chargés, la durée d'audition pour un nombre de sons. On construit ainsi le relief auditif dont on peut, en général, dire : dans les troubles de l'appareil transmetteur manquent les sons les plus graves,

(¹) Lucæ a dernièrement prouvé que les diapasons graves chargés ont une première octave de moindre intensité.

ou la durée de leur perception est diminuée, dans les maladies nerveuses, ce sont les sons aigus qui se trouvent dans ce cas, dans les lésions du labyrinthe, la durée en perception est diminuée pour tous les sons, et surtout pour les sons de tonalité moyenne, ainsi que WITTMAAK l'a dernièrement prétendu et probablement avec raison. MANASSE apporte quelques restrictions à ces données, en n'admettant pas une intégrité absolue du labyrinthe dans les lésions nerveuses. Avec toutes ces méthodes, il est possible de se faire une idée du pouvoir auditif d'une oreille dans la plupart des cas. Une seule méthode conduira facilement à de fausses conclusions. Le résultat de l'examen par la voix chuchotée doit concorder avec les épreuves au diapason, avec l'examen qualitatif et quantitatif, et ces derniers doivent concorder entre eux. Si cet accord manque, il est permis de penser à la simulation ou à l'exagération. Si ces épreuves sont différentes dans plusieurs séances, nous suspecterons d'autant plus la véracité du malade. L'épreuve exacte de l'ouïe, comme nous la pratiquons aujourd'hui, n'est naturellement pas une méthode objective d'examen, mais elle donne au simulateur des occasions nombreuses de se contredire, parce que une expérience contrôle l'autre pour ainsi dire. *La réaction galvanique de l'acoustique* peut être recherchée dans les affections de l'oreille interne. D'après WITTMAAK, elle se montre déjà avec une intensité de courant de 8 à 10 M. A. Comme dans la simulation systématique de la surdité uni ou bilatérale, l'examen fonctionnel de l'oreille ne suffit pas, nous décrirons maintenant quelques méthodes pouvant être employées dans ce cas.

1^o *L'épreuve par la brosse*, d'après Gowsejew. Un homme, avec ouïe normale, ne peut pas reconnaître, par la sensation, la main qui descend le long de son dos en même temps qu'il entend le bruit que fait une brosse descendant sur le vêtement de l'examinateur. Il le prend pour la brosse qu'il entend. Le sourd a seulement la sensation tactile, et n'indique que celle-là, tandis que le simulateur se trompe constamment.

Si une oreille est normale, il faut l'exclure. En opposition avec BLOCH, j'ai rencontré des sujets très musiciens qui pouvaient dire, d'après la distance à laquelle ils entendaient le

bruit de la brosse, si elle passait sur leur vêtement ou sur celui de l'examinateur.

2^o Von LEUPOLDT s'est servi de l'appareil de SOMMER destiné à l'enregistrement des mouvements tridimensionaux (tremblement de mains), pour prouver, chez un homme qui simulait la surdité, qu'il percevait le son, en démontrant qu'il réagissait avec effroi sur une irritation acoustique. Malheureusement, cette irritation acoustique était un coup sur la table dans la même chambre, un sourd véritable aurait peut-être senti le coup. Dans le cas dont il s'est agi, la simulation a été démasquée et l'épreuve peut être employée avec modification.

3^o Dans l'examen quantitatif, d'après BEZOLD, on trouve que dans la surdité unilatérale, avec l'autre oreille normale ou presque normale, par exemple, dans la nécrose du labyrinthe, sur l'oreille sourde les sons aigus de *la* à *la'*, et plus haut sont perçus avec durée de perception de plus en plus grande. Il s'agit ici de transmission sur l'autre oreille. Ce phénomène doit se présenter.

4^o L'épreuve de BLOCH-STENGER avec deux diapasons de même tonalité. On recherche la distance à laquelle chaque diapason est entendu par une oreille ; on tient ensuite les deux diapasons en même temps devant les oreilles. Puis on éloigne de temps en temps le diapason devant l'oreille « sourde ». Chaque fois qu'il se rapproche, l'intensité du son est augmentée (Bloch). Si le son est moins fort que dans l'oreille saine, le son de ce diapason semble disparaître et le simulateur prétend ne rien entendre. De cette façon on peut, non seulement prouver qu'une oreille entend, mais aussi on peut déterminer le pouvoir auditif d'une oreille soi-disant sourde.

L'organe statique constitue anatomiquement une partie intégrante de l'oreille. Nous avons le devoir de diagnostiquer les symptômes morbides de cet organe. Tandis que les phénomènes d'excitation de l'oreille ne sont perceptibles qu'au malade seul (bruits subjectifs), ils sont, au moins en partie, directement démontrables sur l'organe statique.

Considérons d'abord les phénomènes d'excitation de l'organe statique. Comme phénomènes subjectifs, nous avons le vertige et les nausées, comme phénomènes objectifs, les troubles de

l'équilibre, les vomissements et parfois le nystagmus. Tous ces symptômes qui, comme phénomènes d'excitation de la part du labyrinthe entier constituent, avec bourdonnements d'oreilles, le complexus symptomatique de Ménière, peuvent se manifester immédiatement après les traumatismes du labyrinthe, dans différents degrés d'intensité, et de combinaisons variées. Mais ils disparaissent plus ou moins vite, et laissent après eux le tableau de la surdité labyrinthique, avec ou sans bourdonnements. Parfois, le vertige récidive à diverses reprises, mais généralement ce symptôme disparaît de plus en plus et en même temps les troubles de l'équilibre sont compensés par d'autres organes, et échappent ainsi à notre examen. Par le courant galvanique, nous pouvons provoquer le vertige, même sur un labyrinthe fonctionnant normalement.

Pour notre examen, les symptômes objectifs de l'affection de l'organe statique sont les plus précieux. Leur diagnostic sera étudié en détail. Pour les symptômes subjectifs, nous sommes obligés de nous en rapporter au malade. Du reste, ils peuvent manquer, comme par exemple le vertige dans les troubles de l'équilibre, où une forte sensation de vertige peut exister sans vacillements.

Les troubles de l'équilibre comme symptômes d'irritation du labyrinthe sont si prononcés qu'ils ne peuvent ni échapper, ni être simulés. Nausées, vomissement et vertige les accompagnent presque régulièrement. Les malades ne peuvent ni rester debout, ni marcher, ni même tourner la tête. Le nystagmus est le deuxième symptôme important d'irritation accessible à notre observation directe. D'après RAEHLMANN et BÁRÁNY, ce symptôme peut être provoqué intentionnellement, mais il n'est pas probable qu'il puisse être simulé. Nous devons distinguer : 1^o le nystagmus vrai, consistant en rotation continue des globes autour d'un point fixe (nystagmus ondulant) qui ne se trouve pas dans les labyrinthites ; 2^o le mouvement nystagmique (Uthoff), consistant en tremblements rythmiques, les deux yeux associés dans le même sens, surtout quand les globes oculaires sont dirigés latéralement *ad maxima*, et surtout quand le regard est dirigé vers le côté sain, comme c'est la règle dans les altérations des canaux cir-

culaires. (*nystagmus rythmique*). Ce symptôme a l'inconvénient de persister seulement pendant un court laps de temps. Quand on ne le trouve pas, on ne peut plus dire s'il n'a pas existé ou s'il a déjà disparu.

Nous voulons reproduire maintenant les théories de Bárány, en nous appuyant sur son dernier travail très détaillé sur le *nystagmus*.

Après lésion unilatérale du labyrinthe, se montre chez chaque malade, de suite un *nystagmus violent, rotatoire et horizontal*, dirigé du côté sain. Barany l'explique par la suprématie de la fonction du labyrinthe sain. Le malade se couche intentionnellement sur le côté sain, parce que, dans cette position, il évite le mieux la direction du regard vers le côté sain, c'est-à-dire sur le lit, et en même temps, les sensations désagréables d'un *nystagmus violent*. Ces sensations, surtout le vertige, disparaissent plus vite que le *nystagmus* chez le blessé dont le système nerveux était normal. Si elles persistent plus longtemps que le *nystagmus*, elles perdent leur caractère labyrinthique et peuvent être considérées comme étant fonctionnelles et non organiques.

Si les phénomènes d'un accident récent ont disparu, il s'agit pour nous de rechercher ce qui a été lésé, si le labyrinthe a perdu son excitabilité ou s'il est détruit, ou s'il existe, au contraire, une excitabilité normale ou anormale, c'est-à-dire les formes différentes du *nystagmus*. BÁRÁNY donne des indications précises pour la recherche du *nystagmus* : pour l'examen, le médecin se rapproche aussi près de l'œil à examiner que possible, afin que le moindre mouvement ne puisse lui échapper. L'œil est éclairé par un réflecteur et le doigt à fixer est tenu dans une distance de 1/4 ou de 1/2 mètre.

« L'examen fonctionnel des canaux circulaires, dit BARANY, consiste à constater la présence ou l'absence du *nystagmus* spontané, surtout dans la position latérale maxima des yeux et à observer les mouvements très caractéristiques que les yeux exécutent sur les différentes excitations physiologiques. Ces excitations sont : a) rotation active et passive autour d'un axe vertical, dans les différentes positions de la tête avec examen du *nystagmus* à l'arrêt ; b) seringuage de l'oreille avec

l'eau froide et chaude; c) galvanisation de la tête; d) compression et raréfaction de l'air dans le conduit externe, pression directe sur une fistule labyrinthique éventuelle.

Si le labyrinth est détruit, on ne peut pas provoquer le nystagmus, ni par les excitations thermiques de l'oreille malade, ni par la galvanisation. La rotation provoque dans la destruction unilatérale de l'organe statique, des modifications caractéristiques de la réaction normale. La compression ne provoque pas toujours des phénomènes oculaires, elle est donc moins importante.

La réaction normale pour les trois autres genres d'excitations sus-mentionnés est la suivante : dans la rotation active et passive, autour d'un axe vertical, le nystagmus horizontal se montre dans la direction de la rotation; à l'arrêt, se montre un nystagmus qui est dirigé du côté opposé. A la tête penchée, il se transforme en un nystagmus rotatoire. Quand un labyrinth est diminué ou lésé dans sa fonction, le nystagmus est augmenté dans la rotation vers le côté sain, à l'arrêt après rotation vers le côté malade. Le nystagmus est au contraire diminué à l'arrêt après rotation vers le côté sain et pendant la rotation vers le côté malade. Dans l'excitation unilatérale, les conditions sont renversées.

Le nombre des rotations d'après lesquelles on obtient les résultats les plus nets dépend de l'individu. Généralement, trois rotations sur la chaise rotatoire suffisent.

D'autres auteurs, par exemple KROTSCHNER, n'ont pas trouvé cette régularité dans les mouvements nystagmiques et renoncent à cet examen, en raison du temps nécessaire pour le pratiquer et de l'effort qu'il demande au malade. Les différences dépendent en partie de la technique de l'examen. BARANY, lui-même, a observé des anomalies du nystagmus, dans les différentes positions de la tête, anomalies qui ne peuvent être expliquées ni par ces dernières, ni par le mouvement qui a précédé la rotation. BARANY les déclare pathologiques, et leur attribue une importance spéciale dans l'examen des traumatismes de l'oreille interne.

La réaction galvanotropique normale est la suivante. Avec une intensité de 10 à 15 MA, on obtient un nystagmus qui

est dirigé vers l'oreille non examinée, si l'anode se trouve à l'oreille examinée. Il sera donc visible le mieux quand l'œil regarde l'oreille non examinée. Inversement, si c'est la cathode qui sert à l'examen, il est dirigé vers l'oreille examinée et devient augmenté ou visible si l'œil regarde de ce côté. Le malade tient l'électrode indifférente dans la main. Si un labryrinthe est détruit, cette réaction manque dans la galvanisation du côté malade.

Le nystagmus calorique se montre quand on seringue l'oreille avec de l'eau froide ou chaude, au bout de trois quarts jusqu'à une demi-minute si le tympan est conservé, et plus tôt dans les perforations du tympan. Si l'eau a la température du corps, il ne se produit aucun mouvement oculaire. Si l'on se sert de l'eau froide, le nystagmus est dirigé d'après le côté non examiné, et il est augmenté par le regard vers ce côté. Inversement, si on seringue avec de l'eau chaude, il est dirigé vers le côté examiné. Dans les deux cas, le nystagmus est principalement rotatoire, on ne peut pas le provoquer du côté où l'appareil circulaire est détruit.

Il existe encore un autre mouvement oculaire involontaire, après mouvements de la tête et avec les yeux ouverts. *C'est la contre-rotation des globes* (HUNTER) qui se fait d'après la loi de LISTING.

Dernièrement, BÁRÁNY a construit un appareil ingénieux qui permet de fixer, à l'aide d'une longue-vue, un point de l'iris, et de mesurer la contre-rotation après rotation de la tête et de l'appareil entier autour de l'axe sagittal. Avec cet appareil, il serait possible de trouver, chez les malades atteints de labyrinthite, des mesures qui diffèrent sensiblement de la normale en haut et en bas.

BÁRÁNY croit que cette méthode est décisive pour ainsi dire, quand il s'agit de savoir si un vertige est dû à une maladie organique. Elle est insuffisante pour différencier une affection fonctionnelle de la simulation.

Depuis que MACH a étudié les *sensations de mouvement*, on s'est servi de son travail pour examiner l'organe statique. Von STEIN est celui qui attache le plus d'importance à la sensation de la contrarotation, qui est la plus nette pendant la

rotation, mais aussi pendant les autres mouvements et avec les yeux fermés. L'absence, la diminution ou l'augmentation de la sensation de la contra-rotation est pathognomique pour les affections de l'organe statique (d'après la théorie de Breuer de l'érection des cils sensitifs repliés dans les ampoules). BARANY voit dans ces mouvements-fantômes des sensations subjectives dont la cause objective est le nystagmus. Enfin, nous avons encore à mentionner, comme trouble de l'équilibre, la perte de la fonction statique et dynamique du corps. La technique de la méthode d'examen des troubles statiques et dynamiques est surtout due à von STEIN.

L'examen statique sur le plan horizontal doit être fait quand le malade a les yeux ouverts et fermés, quand il est debout les pieds joints, quand il se tient sur la pointe du pied, et quand il se tient sur une jambe. La durée, pendant laquelle l'examiné reste dans chaque position, est à noter. Est à noter également la forme dans laquelle il vacille (vacillement droit, diagonal et conique).

On peut distinguer trois groupes : 1^o les cas normaux ; 2^o les cas légers, qui ne vacillent que quand les yeux sont fermés ; 3^o les cas graves, vacillement même avec les yeux ouverts.

L'examen statique sur le plan incliné. Le malade est placé sur le goniomètre, tandis que deux pendules fixés à ses épaules marquent la verticale. Le goniomètre est un appareil simple, sur lequel le malade est soulevé jusqu'à ce qu'il tombe sur un plan incliné, dont on peut constater l'angle d'inclinaison. On détermine l'angle d'inclinaison en avant, en arrière, de côté, pendant que le malade a les yeux ouverts ou fermés, en tenant compte de la profession de l'examiné (danseur, etc.).

Des troubles de l'équilibre se montrent, à cet examen, plus vite et par saccades. L'angle auquel le malade tombe est toujours le même dans les affections organiques. En même temps, on peut déterminer le degré de fatigue par la continuation de l'examen. Les simulateurs et ceux qui exagèrent ont un angle inconstant, qui diminue quand on les soulève vite. On peut aussi faire le simulacre de soulever, et le malade tombe. Quand on place un obstacle dangereux devant le goniomètre, les si-

mulateurs s'efforcent d'exagérer le balancement (par crainte de lésion) ce qui est impossible pour un malade vrai. Chez les simulateurs on ne trouve pas des conditions anormales de la chute. Dans cet examen également, on trouve des cas légers sans réaction, des sujets qui vacillent seulement les yeux fermés, d'autres qui vacillent légèrement les yeux ouverts, et fortement les yeux fermés, d'autres qui présentent de violents troubles statiques dans les deux cas, et enfin qui ne peuvent pas se tenir debout.

La position de la tête est importante dans cet examen. KÜM-MEL et KROTHSCHNER ont contrôlé ces méthodes. Le dernier les déclare absolument utilisables.

Examen dynamique. Sur les extrémités inférieures, nous avons surtout à analyser les troubles de la démarche, ce que l'on obtient par les *ichnogrammes* (empreintes de la marche). Il nous faut connaître l'axe de la marche, l'angle interpédal et l'angle d'écartement des jambes, la distance qui sépare les pas dans le sens transversal chez l'homme normal. STEIN relate en tout soixante-deux expériences, faites avec des sujets normaux, de la façon typique avec les yeux ouverts et fermés. Les facteurs les plus importants sont : l'angle interpédal, l'angle d'écartement et la longueur du pas. Chez les labyrinthiques, les ichnogrammes sont influencés d'une façon caractéristique.

Von STEIN distingue deux types de malades : 1^o ceux avec espace interpédal large, et pas petits et réguliers (marche imbriquée) dont l'axe de marche et l'angle interpédal ne diffèrent pas de la normale. *Asynergia muscularum pedum incompleta s. paretica*, avec d'autres symptômes nombreux ; 2^o ceux avec empreintes de marche irrégulières, avec espace interpédal peu augmenté, avec angle interpédal variable, avec longueur de saut variable et longueur de pas diminuée (saut labyrinthique accumulé), tendance à la chute, surtout au saut en demi-tour. *Asynergia muscularum pedum spastica s. clonica*.

Chez presque tous ces malades, le vertige manque, mais la fatigue rapide et la faiblesse sont caractéristiques. D'après la quantité des exercices bien exécutés, aux yeux ouverts et fermés, on peut constituer deux groupes de cas graves et de cas

légers. KROTSCHINER s'associe également aux assertions de STEIN, et attribue une grande importance à l'examen dynamique dans la constatation des pertes de fonctions. Seul, il ne serait pas décisif. KROTSCHINER a constaté de ces pertes de fonction dans les lésions traumatiques de l'oreille interne, mais aussi dans un cas d'hystérie.

La dynamique des extrémités supérieures est encore moins bien connue. Des troubles de l'écriture, dans le complexus symptomatologique de Ménière, une diminution de la force musculaire paraissant exister. Des recherches dynamométriques, faites sur beaucoup de cas, manquent. Il y a peu d'intérêt pour le moment à s'occuper des conditions dynamiques des autres groupes musculaires, puisque des recherches détaillées manquent. Nous avons mentionné la dynamique des muscles oculaires, en parlant du nystagmus.

Si nous nous remémorons encore une fois la méthode d'examen de l'oreille et de l'organe statique, les recherches pour constater la perte des fonctions de ces deux organes, nous verrons de suite que les résultats de ces examens ne nous permettent pas de tirer des conclusions sur la nature traumatique d'une lésion. Il faut que l'examen général et l'examen otologique se corroborent.

Généralement, le cas est le suivant.

Un blessé est envoyé à l'examen, où il arrive tout seul et prétend entendre dur d'une ou des deux oreilles depuis un accident, ou d'avoir du vertige, ou il se plaint de ces deux choses à la fois. Nous l'examinons, et nous constatons une surdité de l'oreille moyenne pure, ou une oto-sclérose sans participation notable de l'oreille interne et de plus, une réaction normale de l'appareil vestibulaire. Dans ce cas, nous ne pouvons pas admettre un traumatisme comme cause de ses plaintes et nous ne pouvons certainement pas attribuer le vertige à une affection de l'organe statique. Si dans la sclérose, nous pouvons constater cliniquement la participation du labyrinthe, cette participation ne change rien à la chose ; mais on peut admettre la possibilité, qu'à la suite de l'accident, l'affection labyrinthique s'est manifestée sous forme du complexus de Ménière, comme expression de la propagation de la maladie dans

la capsule du labyrinthe. Si nous trouvons une affection de l'oreille interne, la question difficile se pose de trouver son siège exact et son étiologie. S'il n'y a jamais eu de vertige, il est probable qu'il s'agit d'une *affection de l'acoustique* sans autre lésion du labyrinthe. Si le malade se plaint de vertige existant encore ou déjà disparu, nous pouvons attribuer à ses plaintes une importance d'autant plus grande que le vertige rotatoire est plus nettement décrit par le malade, tandis que une vague sensation de vertige, un peu de lourdeur de tête ne sont pas caractéristiques pour une affection de l'appareil vestibulaire. Si une affection de l'oreille interne est démontrée par l'examen fonctionnel, il faudra tout de même attacher foi aux plaintes du malade, surtout s'il n'accuse pas de surdité.

Abstraction faite des signes indiqués par WITTMACK pour différencier les affections lentement progressives de l'acoustique des affections du labyrinthe se manifestant par accès, nous n'avons pas encore aujourd'hui de moyens sûrs de diagnostic pour différencier entre elles les nombreuses formes de surdité nerveuse de différente origine. Si nous considérons que les lésions traumatiques peuvent se montrer autant sous l'aspect d'une surdité nerveuse que d'une affection du labyrinthe, nous voyons que ce diagnostic différentiel ne nous est pas utile.

Donc, le diagnostic démontré de l'affection du nerf acoustique, nous devons répondre à la question si oui ou non cette affection est de nature traumatique.

On arrivera à la réponse claire, dans la plupart des cas, par exclusion. Il faudrait d'abord songer aux intoxications de l'acoustique, surdité par alcoolisme ou nicotinisme chronique, ou après usage prolongé de préparations salicyliques (salypirine et aspirine ne sont pas inoffensifs) quinine, arsenic, plomb, etc. Il faut pouvoir exclure le tabès commençant. La syphilis, uniquement localisée sur l'acoustique est très rare et n'a peut-être pas été constatée comme unique symptôme. De même on trouve, des phénomènes analogues dans la sclérose cérébrale, même si elle est restée latente. C. STEIN a montré dernièrement que la surdité dans l'artério-sclérose du cerveau peut prendre brusquement un caractère très progressif

à la suite des traumatismes et même des traumatismes psychiques. Le diabète, la maladie de Basedow, la goutte, l'obésité sont, d'après WITTMACK, assez souvent la cause de l'affection de l'acoustique. Un rôle particulier est joué par la surdité professionnelle des personnes travaillant dans les métiers à grand bruit (forgeron). Dans ce cas, il s'agit d'une disparition des fibres nerveuses du rameau cochléaire et du ganglion y appartenant. Cette affection professionnelle ne pourra pas être considérée comme accident de travail. Si nous réfléchissons à toutes ces possibilités quand un blessé nous consulte pour une surdité nerveuse, nous pourrons généralement décider si l'otopathie est due à un traumatisme ou à une autre étiologie.

Si nous avons découvert une *affection du labyrinthe*, grâce aux nombreuses méthodes sus-mentionnées, nous avons à répondre à la même question concernant l'étiologie. Une destruction totale de l'un ou des deux labyrinthes se montre seulement après la fracture de la base du crâne, ou à la suite d'une suppuration du labyrinthe. La simple commotion du labyrinthe ressemble, après disparition des symptômes aigus, tout à fait aux autres affections du labyrinthe.

Au point de vue du diagnostic différentiel il faut penser en premier lieu à la syphilis acquise et héréditaire. Les symptômes ordinaires éclairciront le diagnostic.

WITTMACK signale les affections du labyrinthe dans la néphrite parenchymateuse, il les a constatées plusieurs fois en même temps que la rétinite albuminurique. On distingue facilement ces formes et les formes leucémiques des formes traumatiques. Mais il reste encore une série d'otites internes qui se manifestent sous la forme de la maladie de Ménière, et dont l'étiologie reste souvent obscure. En général dans les lésions traumatiques du labyrinthe, la maladie ne se manifeste pas par des accès, au contraire, les symptômes subjectifs et objectifs ont plutôt une tendance à disparaître lentement. Sans doute, il y a des cas où surdité et bourdonnements restent constants et empirent. La question la plus grave dans tous les cas litigieux sera toujours ; s'agit-il d'une affection organique ou d'une névrose traumatique, ou de l'hystérie, ou de la simu-

lation. Nous avons pu démontrer plus haut que les méthodes de diagnostic des affections organiques de l'oreille interne et de l'appareil circulaire ont été très améliorées et enrichies par les travaux récents de BÁRÁNY, von STEIN, WITTMACK, et d'autres. Souvent nous aurons à répondre à la question : si le résultat de l'examen fonctionnel permet de conclure à une affection organique. Nous aurons, la plupart du temps, la possibilité d'avoir un avis décisif. Car, même si dans la surdité hystérique, des résultats presque analogues peuvent se montrer, l'*hystérie* se caractérise par le changement des phénomènes, le manque de concordance des examens successifs, la disproportion entre cause et effet, ensuite la possibilité de transporter la surdité d'une oreille à l'autre (transfert) et enfin d'après GRADENIGO, l'hyperesthésie acoustique générale et l'excitabilité électrique amoindrie de l'acoustique. *Dans la névrose traumatique*, les phénomènes sont plus constants que ceux provoqués par l'*hystérie*, du reste, nous y trouverons, plus souvent que ce n'était le cas jusqu'à présent, une lésion tant soit peu grave du labyrinthe, ainsi que FREUND l'a signalé dernièrement. S'appuyant sur quelques cas de sa clientèle, il a démontré que par exemple au *complexus symptomatologique* de FRIEDMANN une affection organique du labyrinthe formait la base. Ainsi, il est à espérer que plus nous examinerons exactement plus nous serons en état de restreindre, dans notre spécialité, le terme un peu vague de névrose traumatique, et à sa place nous pourrons dire s'il s'agit d'une lésion hystérique ou organique.

Très difficile sera pourtant dans quelques cas le diagnostic entre affection fonctionnelle et simulation. Les méthodes pour démasquer la simulation de la surdité uni ou bilatérale sont si nombreuses qu'on peut par leur multitude juger de leur inefficacité. Nous en avons déjà mentionné quelques-unes. La simulation des troubles de l'équilibre est déjà plus rare ; on n'a pas encore décrit des méthodes pour la démasquer ; mais, le cas échéant, on peut se servir des expériences faciles d'après STEIN. Ce qui renseignera le plus sera l'examen clinique.

D'après ce résumé serré des méthodes les plus importantes, nous nous demandons comment un médecin peut-il examiner

le plus facilement un blessé qui consulte tout de suite, ou peu de temps après son accident quand il s'agit d'un traumatisme du labyrinthe ?

Chez chaque malade qui a subi une commotion un peu plus forte de la tête ou du corps entier, il faut d'abord examiner le pouvoir acoustique. On recherche la distance dans laquelle la montre et les chiffres chuchotés sont entendus, et on note les résultats trouvés pour chaque chiffre. Si le malade n'entend pas la voix chuchotée, on se sert de la voix de conversation de moyenne intensité. Si sert-on du diapason, il faut indiquer quel son a servi pour l'examen et combien de temps il a été entendu. Des formules comme « Rinne négatif pour les sons aigus » sont à peu près sans valeur. Plus on se servira du chiffre mieux cela vaudra. La recherche du nystagmus avec regard vers le côté est à ajouter. Il faut noter, s'il y a nystagmus, dans quel genre et dans quelle direction du regard. Quelques épreuves statiques sur le plan horizontal avec les yeux ouverts et fermés complèteront l'examen. Il faut les décrire minutieusement et noter leur résultat. Avec un premier certificat semblable, l'expertise à l'avenir ne donnera plus de difficultés. Il est évident que la description de l'oreille externe, du conduit et du tympan ne doit pas manquer.

BIBLIOGRAPHIE

Geschichte der Ohrenheilkunde. Von den ersten Anfangen bis zur Mitte des Neunzehnten Jahrhunderts (Histoire de l'otologie, 1^{er} volume, depuis les temps les plus reculés jusqu'au milieu du XIX^e siècle), par le prof. Adam POLITZER. Un vol. in-8° de 467 pages, avec 19 figures et 31 planches hors texte ; Stuttgart, Ferd. Enke, 1907.

L'œuvre scientifique du prof. Adam Politzer est considérable ; cependant elle se laisse encore surpasser par l'importance du travail historique qui nous est actuellement présenté. Il semble qu'il faille une vie entière et exclusive de chartiste pour compulser tant de documents, les trier, les analyser, les présenter sous la forme éminemment littéraire qui caractérise l'œuvre nouvelle et inattendue du maître de l'Otologie contemporaine. Aussi ne peut-on que s'étonner et admirer cette incroyable puissance de travail, qui donne aujourd'hui aux auristes leur livre d'or. Peu de spécialités sont aussi favorisées.

Ce premier volume prend l'otologie à son origine et la suit jusqu'au milieu du xix^e siècle. Quelques pages préudent, traitant de l'otiatrice des civilisations disparues, Egyptiens, Hébreux, Hindous ; et déjà nous voici arrivés aux Grecs. Il n'y avait point, en Hellade, de spécialistes pour l'oreille ; faute de connaissances anatomiques exactes, la thérapeutique otologique y était d'un empirisme grossier. Cependant Hippocrate eut le mérite de faire ressortir, le premier, le rôle du tympan dans l'audition. Aristote, qui vint ensuite, rendit plus de services à l'otologie, par ses dissections d'animaux.

L'Ecole d'Alexandrie fit peu avancer nos connaissances sur l'oreille ; non plus que les théories de Galien, qui malheureusement régèrent la médecine pendant quatorze siècles !

Nous arrivons au Moyen Age. Dans l'Ecole byzantine, appa-

rait, au VII^e siècle, Alexandre de TRALLES, dont les travaux apportent les premières clartés à l'otologie ; sa thérapeutique auriculaire est très rationnelle pour son époque. Un siècle plus tard, un des derniers représentants de l'Ecole d'Alexandrie, Paul d'EGINE, émet des aphorismes otologiques préférables à ceux de ses prédécesseurs ; le premier, peut-être, il pose en principe l'incurabilité de la surdité héréditaire.

Bien peu de progrès sont dus aux Arabes : car l'islamisme interdisait les recherches anatomiques. Leur otiatrice fut donc purement empirique ; l'huile et le suc des plantes en comprenaient les principales recettes. Le seul mérite, et il est grand, des médecins arabes est d'avoir servi de trait d'union entre l'antiquité et les temps modernes. Ils nous ont conservé et transmis les doctrines médicales grecques, que, dans l'Europe chrétienne, la nuit du Moyen Age avait laissé perdre.

Du VIII^e au XIII^e siècle, l'otiatrice recule. La séquestration de la médecine dans les monastères où elle doit se courber devant les dogmes religieux, et surtout l'interdiction des autopsies, sont les causes de ce mouvement rétrograde. Benedetto CRISPO, archevêque de Milan, se borne à mettre l'otologie en vers latins, pour en faciliter l'enseignement. Cependant, déjà au XII^e siècle, une prérenaissance s'annonce dans les Ecoles de Salerne et de Montpellier. Les Salernitains exigent qu'avant d'instituer un traitement, on fasse l'examen de l'organe malade, en l'espèce, l'oreille ; et Bernard de GORDON, un des primitifs Montpelliérains, pose en principe qu'aucun topicique ne peut agir sur l'oreille, si celle-ci n'a été préalablement nettoyée avec soin.

..

Le milieu du XV^e siècle assiste à une découverte importante : Berengarion da CARPI trouve le marteau et l'enclume. Dès lors, l'Italie donne à l'otologie une impulsion considérable et lui fournit ses premières bases scientifiques, grâce aux admirables recherches anatomiques qu'inaugure la Renaissance. Les progrès s'affirmèrent du jour où l'on enfreignit la défense de faire des autopsies, toujours maintenue par l'Eglise. Les

découvertes se succédèrent dès lors avec rapidité dans le domaine de l'anatomie de l'organe auditif ; il y avait, d'ailleurs, fort à faire : car, de l'oreille humaine on ne connaissait encore, à la fin du XIV^e siècle, que le tympan. On peut même dire que ce ne fut pas là pour l'otologie, comme pour le reste de la médecine, une période de renaissance, mais bien une époque de création. Tout l'honneur en revient à l'Italie, berceau de l'anatomie moderne. L'enthousiasme pour les dissections devint tel, que les étudiants volèrent des cadavres dans les cimetières, pour se procurer du matériel anatomique ; les disputes des fossyeurs et des chirurgiens sont un des traits les plus caractéristiques de l'histoire médicale du XVI^e siècle. Les noms de Vésale, Falloppio, Eustachi, Ingrassia brillèrent alors entre tous. Et ce ne fut que cent ans plus tard que les médecins français et allemands se mirent à l'œuvre pour contrôler et compléter les découvertes faites dans l'oreille par les Italiens.

Bien que né à Bruxelles en 1514, Andréas VESALIUS appartient à l'Ecole italienne : car, entraîné en Italie à la suite des armées de Charles-Quint, il professa à Padoue et à Bologne. Il imagina de toutes pièces la technique de l'autopsie de l'oreille par la voie endo-crânienne : mais il commit de grosses erreurs dans la description du labyrinthe ; et il ne vit pas l'étrier.

INGRASSIA, son contemporain, s'attacha surtout à l'étude de l'ostéologie et donna ainsi la première bonne description des cellules mastoidiennes. Son plus grand titre de gloire est la découverte de l'étrier, fait qui arriva en 1546. Il eut aussi le mérite de démontrer la conductibilité du son par les dents.

FALLOPIO, d'abord philosophe, se convertit dans la suite à la médecine ; sa réputation devint telle que ses contemporains le surnommèrent « l'Esculape de son siècle ». Multiples furent ses découvertes. Le canal osseux que le nerf facial se creuse à travers le temporal, se nomme aujourd'hui encore « aqueduc de Falloppe » ; il fut trouvé par lui en 1561. Falloppe fit plus encore. Le premier, il constata chez le fœtus le cercle tympanal ; le premier, il donna une exacte description de la mem-

brane tympanique. Il étudia bien l'oreille interne et la sépara en deux parties : l'une formée de l'ensemble du vestibule et des canaux semi-circulaires, qu'il dénomma « *labyrinthe* » ; l'autre, à laquelle il attacha définitivement le nom de « *limaçon* ». La thérapeutique des affections de l'oreille lui doit aussi des progrès. Il conseilla l'usage d'un *speculum* pour guider la main par la *vue*, dans les opérations faites sur le conduit auditif externe. Ce qui n'empêche qu'il partageait l'erreur classique de considérer l'*otorrhée* comme une excréption du cerveau.

EUSTACHIUS mérite plus encore notre admiration reconnaissante. Haller disait, de ses découvertes, que leur nombre semblait infini ; et cependant, il était, dans le camp adverse des rénovateurs de la renaissance, le plus farouche défenseur des dogmes galéniques ! Le muscle tenseur du tympan, la corde du tympan furent par lui mis au jour. L'étude de la trompe l'a rendu illustre. Il ne la découvrit pas, mais il en précisa la forme et la fonction : car, à son époque, des anatomistes, de la valeur de Riolan, la confondaient encore avec l'*aqueduc de Falloppe*. Eustachius s'attacha à démontrer qu'elle est une excellente voie pour faire pénétrer les médicaments dans l'oreille moyenne ; n'est-il pas surprenant que, malgré ses travaux, il fallut attendre deux cents ans encore pour voir éclore au XVIII^e siècle l'idée si simple du cathétérisme tubaire ? Là ne s'arrêtent point les découvertes d'Eustachius. Dans l'oreille interne, il décrivit beaucoup de faits neufs et précisa, entre autres, la lame spirale.

Ces géants de l'anatomie eurent des continuateurs en Italie, dans la seconde moitié du XVI^e siècle : Realus COLUMBUS, ex-pharmacien de Crémone, qui découvrit les vaisseaux sanguins du *labyrinthe* ; Volcher KOYTER, un hollandais, élève de Falloppe, qui s'occupa surtout de la physiologie de l'oreille ; Fabricius ab AQUAPENDENTE, de la même école, si estimé à son époque que l'Université de Padoue créa pour lui le titre de professeur « *superordinaire* » ; d'ailleurs très moderne déjà, car il étudia longuement la trompe en omettant de citer Eustachius. Il reconnut que chez le *fœtus* la caisse du tympan renferme non pas de l'air, mais une substance muqueuse. Il

perfectionna la technique de l'examen de l'oreille, en y concentrant la lumière d'une chandelle à travers un flacon plein d'eau ; ou encore, dans une pièce obscure, il laissait arriver un mince rayon de soleil sur le méat, à travers un étroit orifice pratiqué dans le volet de la fenêtre. Citons encore Giulio CASSERIO, anatomiste minutieux, qui vécut en Italie, à cheval sur les xvi^e et xvii^e siècles ; on lui doit une bonne étude des muscles du pavillon de l'oreille : mais, contrairement à l'enseignement de ses maîtres, il nia que la chaîne des osselets servit en quoi que ce soit à la transmission du son, idée reprise de nos jours par Seecchi et Zimmermann.

Restons au xvi^e siècle, mais passons à l'Allemagne et à la Hollande. Les universités de ces pays, impuissantes à secouer le joug de la scholastique, demeurèrent très rétrogrades, malgré le courant d'idées qui, de l'Italie, se répandait sur toute l'Europe occidentale. Il faut surtout attribuer cet obscurantisme à l'aversion des autopsies, si tenace dans les pays germaniques, que bien plus tard, au xviii^e siècle, Jacob Trew se croira encore obligé de plaider l'utilité de l'anatomie pour les médecins. L'otologie allemande fait triste figure à cette époque ; tout au plus peut-on citer Felix PLATER, qui mit au point la description des ligaments des osselets ; Kaspar BAUCHIN, qui fit plus de découvertes dans le cœcum que dans l'oreille ; Salomon ALBERTI, etc.

En France, en ce xvi^e siècle, les Ecoles de Montpellier et de Paris demeuraient obstinément fidèles à la religion galénique ; on ne semblait pas s'y soucier des importantes découvertes faites au même temps par les grands anatomistes Italiens. Aucun nom français ne brille alors en otologie : exception faite pour Vidus VIDUS, qui enseigna l'anatomie à Paris en 1542 ; il est vrai qu'il était florentin. Ses œuvres posthumes, parues en 1611, furent un démarquage peu scrupuleux des ouvrages de Vésale : cependant, on ne saurait dénier à Vidius le mérite d'avoir découvert le nerf vidien.

Politzer termine l'histoire otologique de la Renaissance en jetant un regard synthétique sur l'ensemble des progrès que le xvi^e siècle a fait faire à la pathologie et la thérapeutique de l'appareil auditif ; malheureusement, ceux-ci ne furent pas

parallèles dans leur marche à l'avancement extraordinaire des notions anatomiques en cette belle époque. L'absence d'anatomie pathologique fut l'entrave principale qui gêna leur évolution. Les maîtres anatomistes eux-mêmes, bien qu'ils fussent tous plus ou moins médecins attitrés des cours souverains, se désintéressèrent des maladies de l'oreille. PARACELSE fit table rase de toute la vieille et traditionnelle thérapeutique auriculaire, mais pour se contenter d'y substituer cet aphorisme inactif : *Si surditas adfuerit, frustra est omnis cura.* Il traitait les bourdonnements par un procédé quelque peu homéopathique, en soumettant l'oreille bruyante à des bruits plus bruyants encore : sonneries de cloches ou détonations d'arquebuses.

Cependant les guerres, si fréquentes à cette époque, avaient fait faire de réels progrès à la chirurgie : l'oreille en profita un peu. Pour réparer les pertes totales du pavillon, Ambroise PARÉ n'avait trouvé rien de mieux que d'y appliquer « une oreille artificielle en papier collé ou en cuir bouilli, façonné de bonne grâce ». Fabricius HILDANUS (ou de Hilden), l'un des plus célèbres chirurgiens allemands de la fin du XVI^e siècle, inventa un speculum bivalve, dont le principe fut repris plus tard par Itard et Kramer ; il s'en servait pour opérer dans le conduit : mais pas un instant il ne songea à l'utiliser pour l'examen du tympan ! Gaspard TAGLIACOZZI, chirurgien de Bologne, moins enthousiaste de la prothèse auriculaire qu'Ambroise Paré, remit en honneur les opérations auto-plastiques, qui semblaient avoir été oubliées depuis l'antiquité ; il réparait les pertes de substances des pavillons, si fréquentes au cours des batailles à l'arme blanche, non plus avec du cuir bouilli façonné de bonne grâce, mais à l'aide de lambeaux cutanés taillés aux dépens des téguments mastoïdiens.

..

Voici le XVII^e siècle ; l'auriste n'y va rien rencontrer qui le puisse réjouir grandement. L'Italie recule ; en Allemagne, la guerre de Trente ans abaisse déplorablement le niveau scien-

tifique ; c'est seulement en France et dans les Pays-Bas que va prospérer la pratique otologique. Nous ne saurions cependant accuser le xvii^e siècle d'avoir été stérile, puisqu'il nous donna Duverney et Valsava.

Suivant la méthode qui préside à toute l'ordonnance de son livre, Politzer étudie d'abord les progrès réalisés, au siècle de Louis XIV, dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie de l'organe auditif. De plus en plus s'accroît le nombre des anatomistes qui s'intéressent aux choses de l'oreille : mais il y a dans leurs travaux plus de quantité que de qualité. En même temps, les notions physiques d'acoustique commencent à se préciser.

En Italie, on note très peu de progrès otologiques, quoiqu'on se mette à viviséquer les animaux, et bien que la découverte du microscope permette à MALPIGHII de créer la science de l'histologie. Même pénurie de découvertes anatomo-physiologiques en Allemagne. Il n'est pas certain qu'Heinrich GLASER ait découvert la scissure pétro-tympanique, qui porte actuellement son nom. Parmi les anatomistes Hollandais, citons SYLVIIUS DE LE BOË issu d'une famille française, qui se nommait Dubois avant que sa conversion aux idées de la Réforme la fit chasser de France. La seule découverte qu'il fit dans l'oreille, celle de l'os lenticulaire, ne l'aurait pas conduit à la célébrité, s'il n'avait été plus heureux en étudiant l'anatomie du cerveau. En Danemark, deux anatomistes s'occupent de l'oreille : BARTHOLINIUS et STENO ; celui-ci signale les glandes cérumineuses du conduit auditif. En Angleterre, la découverte sensationnelle de la circulation du sang par Harvey suscite entre savants une ardente émulation. Thomas WILLIS précise les origines du nerf facial, du nerf auditif, et du « nerf accessoire » ; et, le premier, il fait du limaçon le siège du sens de l'ouïe. Il remarque encore que les grands sourds entendent mieux au milieu du bruit : paradoxe qui porte encore aujourd'hui le nom de « paracousie de Willis ».

En France, les querelles des médecins et des barbiers, si vives au xvii^e siècle, nuisent aux progrès de la science. Jean RIOLAN, le plus fameux adversaire de Harvey, protestataire intransigeant contre la circulation du sang, prétend que le nerf

auditif, arrivé dans le limaçon, en sort pour se rendre au voile du palais en cheminant dans la trompe, et que, finalement, il va innérer le larynx... Claude PERRAULT, avant de se mettre à construire la colonnade du Louvre, avait démontré que le pré-tendu os lenticulaire de Sylvius n'est que l'extrémité de la longue branche de l'enclume ; il avait aussi assez bien étudié le labyrinthe. Sa pathogénie de la surdité est originale. C'est le vent du Sud qui augmente la surdité en rendant humide la membrane spirale du limaçon, dont la sécheresse est condition *sine qua non* de la bonne perception des sons ; cependant, cette sécheresse doit se tenir dans un juste milieu ; si elle devient excessive, elle ramène aussi la surdité ; c'est pour cette raison que les vieillards entendent mal. Dans l'œuvre de son contemporain Jean MÉRY se rencontrent, enchâssées au milieu d'une gangue d'erreurs, quelques précieuses observations : ainsi les incisures du conduit cartilagineux y sont bien décrites ; la structure de l'hélix s'y montre exacte pour la première fois : mais, fidèle à la doctrine de tous ses prédécesseurs, Mery persiste à admettre que l'air circule dans les cavités labyrinthiques.

Guichard-Joseph DUVERNEY est célèbre : c'est le précurseur de l'école anatomique française, qui brillera tant au siècle suivant. Il étudia avec préférence l'appareil auditif ; sa description anatomique de l'oreille est si précise, qu'elle pourrait encore être mise aujourd'hui avec fruit entre les mains des étudiants. L'histoire doit placer ce savant sur le même rang que Falloppe. On trouve, pour la première fois, signalés dans ses ouvrages le canal de communication de la caisse avec les cellules mastoïdiennes, la logette de la tête des osselets (attique), l'abouchement précis de la trompe dans la caisse ; osselets et muscles adjoints y sont admirablement décrits. On est étonné de rencontrer plus loin une excellente description du labyrinthe osseux, cependant bien difficile à réaliser avec les grossières méthodes de préparation en usage à cette époque. Duverney décrivit encore exactement les terminaisons nerveuses dans le labyrinthe ; et, le premier, il y constata la présence d'un liquide. Malheureusement, prisonnier de la scholastique, il eut le tort de considérer cette lymphe comme une sécrétion patho-

logique et d'en faire le substratum anatomique de la surdité ; il demeurait invariablement fidèle à l'antique théorie de l'*aer ingenitus*, ou air implanté dans le labyrinthe.

La physiologie acoustique de Duverney est d'une telle clarté, qu'Helmholtz n'aura plus tard qu'à la développer pour la faire sienne. L'étroite amitié qui unit Duverney au physicien Mariotte, fut très avantageuse à l'otologie. Le tympan ne lui paraît pas indispensable à l'audition : cette membrane a surtout pour rôle de protéger les parties délicates profondes de l'organe de l'ouïe. Néanmoins, le tympan peut, grâce à ses muscles, affecter divers degrés de tension, correspondant aux diverses hauteurs des sons : c'est le phénomène de l'« accommodation tympanique. » De même, et ceci est le côté le plus original de la physiologie de Duverney, le labyrinthe est accordé pour vibrer à l'unisson de chaque son ; le limaçon est un instrument dont les parties les plus larges vibrent lentement sous l'influence des sons graves, et dont les parties étroites ont des vibrations rapides, sollicitées par les sons aigus. Toute la théorie d'Helmholtz se trouve en germe dans ces propositions ; et cependant, Duverney n'avait fait aucune investigation microscopique de l'oreille interne.

Au point de vue pathologique, Duverney est moins heureux et ne peut s'évader des conceptions thérapeutiques de son époque. Les injections de lait, surtout de lait de femme, sont pour lui le meilleur remède de l'otorrhée. Il est vrai qu'il considère celle-ci non plus comme une exérétion du cerveau malade, mais comme une affection locale ; cependant, qu'elle soit aiguë ou chronique, son traitement ne sera jamais que médicamenteux, consistant en applications d'émollients ou d'onguents.

Politzer consacre le chapitre suivant à rechercher quels furent, dans leur ensemble, en ce XVII^e siècle, les progrès réalisés pour la pathologie et la thérapeutique de l'oreille. Ils sont inférieurs, conclut-il, à ceux que firent anatomie et physiologie. Ce fut l'époque où Sylvius imagina la chimiatrie, laquelle prétendait asseoir la nosologie sur des formules mathématiques ; la doctrine iatrophysique allait ainsi apparaître. C'est cependant dans le livre de Riolan le Jeune, publié en ce temps, que furent,

pour la première fois, mentionnées les deux opérations les plus marquantes de l'otiatrice : la paracentèse du tympan et la trépanation de l'apophyse mastoïde.

::

Le XVIII^e siècle s'ouvre sur les derniers travaux de Duverney. Il va assister au splendide épanouissement de l'anatomie de l'oreille, avec Cotugno et Scarpa ; il va regarder naître l'embryologie ; il va voir la physiologie mettre enfin à son service les découvertes anatomiques du XVII^e siècle.

De même qu'à la Renaissance, ce sont les anatomistes Italiens qui tiennent la tête du mouvement scientifique, dans le domaine otologique. Au premier plan brille Antonio-Maria Valsalva, qu'encastrèrent son maître Malpighi et son élève Morgagni ; il était devenu l'opérateur le plus habile de l'Europe quand une apoplexie le foudroya à 57 ans. Son *Tractus de aure humana* marque un nouveau progrès sur les recherches du Duverney, surtout au point de vue de la connaissance des parties molles de l'oreille. Pour la première fois y figure la dénomination de « Labyrinthe », s'appliquant à l'ensemble de l'oreille interne. Valsalva fut le premier qui admit l'existence d'un liquide normal dans les cavités du labyrinthe, au lieu d'en faire, comme Duverney, une sécrétion pathologique : mais, il n'osa pas encore renverser la vieille doctrine de l'air implanté, qui, depuis Aristote, avait résisté à toutes les investigations anatomiques ; et il admit qu'à côté du liquide, il existait aussi dans l'oreille interne de l'air, dont le rôle était de servir à la conduite des ondes sonores. La physiologie de Valsalva est plus heureuse ; elle établit le rôle de la chaîne des osselets dans la transmission des sons ; elle précise la fonction acoustique de la trompe d'Eustache, et montre qu'il est indispensable que l'air puisse accéder sur la face interne du tympan, pour assurer la liberté de vibration de cette membrane. En pathologie, ce fut Valsalva qui imagina l'examen du tympan chez le malade, pour pouvoir poser un diagnostic ; et ainsi il eut le mérite de découvrir la surdité due à l'ankylose de l'étrier par

ossification de son ligament annulaire. Il observa également que la surdité a souvent pour cause l'obstruction de la trompe ; et, remarque bien curieuse pour l'époque, il insista sur le retentissement fâcheux que les lésions du naso-pharynx pouvaient avoir sur l'oreille ! Son bagage scientifique est donc assez considérable, pour qu'il ne soit pas utile de lui attribuer à tort la découverte de « l'épreuve de Valsalva », déjà mise en pratique, au Moyen Age, par les médecins arabes, dans le but de chasser les corps étrangers de l'oreille et d'améliorer la surdité.

Son  l ve Giovanni Battista MORGAGNI ne fit aucune découverte sensationnelle : mais, appliquant à l'anatomie pathologique une méthode impeccable, il n'admit comme démontré que ce qu'il avait, par lui-même, vu et contrôlé. Ses *Epistolae anatomicae*, publiées à Venise en 1740, forment une étude anatomique de l'oreille, douée d'une remarquable précision. Morgagni eut le mérite de mettre bien au point la question des rapports des suppurations de l'oreille avec les abcès du cerveau ; et, en cela, il fut infiniment plus clairvoyant que ses devanciers, plus clairvoyants même que ceux qui lui succédèrent, jusque vers le milieu du xix  siècle. Il prouva que l'otorrhée est l'affection primaire, et que le pus ne pénètre secondairement dans le crâne que par une carie de la paroi de l'oreille ; or, depuis Avicenne, personne ne doutait que l'otorrhée fut l'emonctoire d'un abcès encéphalique.

Son contemporain Giovanno Domenico SANTORINI ne découvrit pas les incisures du conduit cartilagineux qui portent son nom ; il ne fit que mieux préciser les descriptions qu'en avaient donné Méry et Duverney.

Le vrai continuateur de l'oeuvre des Valsalva et des Morgagni fut Domenico COTUGNO. A peine ag  de 24 ans, en 1770, il publia une thèse célèbre, qui inaugurerait une ère nouvelle dans la physiologie de l'audition ; il professa ensuite l'anatomie à Naples jusqu'à sa mort, survenue en 1822. L'oeuvre maîtresse de Cotugno est la découverte du liquide normal du labyrinthe, qu'il vit d'abord chez le cheval, avant de le constater chez l'homme. Il eut l'audace de faire définitivement rase de la théorie de l'« air implanté » qu'ils avaient acceptée

des hommes comme Duverney, Valsalva, Morgagni ; et il expliqua la séculaire erreur des anciens, par ce fait qu'ils examinaient des labyrinthes défraîchis, dont les liquides s'étaient évaporés. Cotugno étudia l'aqueduc du vestibule et découvrit son aboutissant, le sac endo-lymphatique ; il signala l'aqueduc du limaçon ; il montra comment fonctionnent ces canaux de dérivation, pour soustraire les éléments délicats du labyrinthe à un excès de pression. Seule lui échappa l'existence du labyrinthe membraneux, qu'il était réservé à Scarpa de découvrir. La théorie de l'audition, formulée par Cotugno, est déjà celle que donnera plus tard Helmholtz. Les vibrations du tympan sont transmises, par la chaîne des osselets, à la plaque de l'étrier, laquelle, en s'enfonçant, presse sur le liquide labyrinthique et, par son intermédiaire, met en oscillation les terminaisons du nerf acoustique. Le vestibule entend les bruits ; le limaçon analyse les sons. Cotugno précise qu'à la base de la cochlée se trouvent les cordes courtes accordées aux bruits aigus, tandis que les plus longues occupent son sommet. Helmholtz devait-il en dire davantage ?

Antonio SCARPA, secrétaire de Morgagni, occupe le point culminant de l'otologie du XVIII^e siècle. Sa découverte impérissable, due autant à la précision de ses observations qu'à l'emploi judicieux qu'il sut faire de l'anatomie comparée, est celle du labyrinthe membraneux : elle fait de lui un des plus grands savants de son époque. En 1789 parut son ouvrage *Disquisitiones anatomicae de auditu et olfactu* ; pour la première fois, on y voit signalés, dans le vestibule, l'utricule et le saccule ; l'endo-lymph et la périlymph, confondues par Cotugno en un liquide unique, y sont nettement différenciées.

Dans ce même XVIII^e siècle, la France, qui, au siècle précédent, avant tant brillé avec Duverney, ne produit aucun homme lequel, dans le domaine de l'anatomie de l'oreille, puisse être mis en comparaison avec les Italiens. Ni Raymond VIEUSSENS, ni Félix VICQ D'AZYR n'effectuèrent de trouvailles sensationnelles en otologie. Seul, le baron Georges-Léopold-Christian-Frédéric-Dagobert CUVIER fit accessoirement profiter notre spécialité de ses mémorables travaux d'anatomie comparée. Marie-François-Xavier BICHAT, lui-même, laissa l'oreille au dernier plan de ses recherches.

Il n'y eut pas non plus de travaux anatomiques remarquables en Angleterre à cette époque. Des observateurs de haut rang, tels que furent RUYSEN et BOERHAAVE, ne jetèrent qu'un coup d'œil très superficiel sur l'anatomie et la physiologie de l'organe auditif.

Par contre, c'est au XVIII^e siècle que, pour la première fois, les savants allemands prennent quelque importance en otoologie ; la physiologie acoustique avance notablement sous leur impulsion. Grâce à l'exemple venu d'Italie, une vive émulation va s'établir entre les médecins de langue germanique, laquelle préparera l'élosion des merveilleux progrès destinés à voir le jour à l'époque contemporaine. En première ligne, il faut citer Johann Friedrich CASSEBOHM, élève du célèbre anglais Winslow ; ses études sur l'embryologie de l'oreille surpasseront de beaucoup tout ce qui avait été fait avant lui en cette matière. Viennent ensuite J. G. ZINN, Philipp Friedrich Theodor MECKEL, qui compléteront l'œuvre des anatomistes italiens.

La physiologie de l'oreille a trouvé au XVIII^e siècle son plus génial représentant en la personne de Albrecht von HALLER : moins peut-être à cause de ses découvertes personnelles que par la précision avec laquelle il mit au point toutes les données acquises avant lui sur ce sujet.

Cependant, il est triste d'avoir à constater que nonobstant les immenses découvertes faites en ce siècle par les anatomistes, et malgré l'apparition de l'anatomie pathologique créée par Morgagni, bien peu de progrès furent réalisés dans le domaine de la pathologie et surtout de la thérapeutique de l'oreille. Les quelques trouvailles faites à cette époque en otiairie, furent l'effet du hasard.

La *trépanation de l'apophyse mastoïde* mena grand bruit dans les dernières années du XVIII^e siècle ; car on la croyait capable de guérir toutes espèces de surdité, en faisant arriver directement l'air vibrant dans les cavités de l'oreille moyenne. Le champion de cette chirurgie de la surdité, qu'on a en vain tenté de ressusciter à notre époque, fut un médecin militaire prussien, JASSER. Il est vrai que déjà longtemps auparavant, J. L. PETIT, HAUERMANN, MORAND avaient trépané des mastoïdes cariées et fistulisées, pour donner au pus une issue plus

facile, et prévenir les complications encéphaliques : mais, aucun des chirurgiens français n'avait eu l'idée de détourner cette opération de son but rationnel, pour la faire servir à rendre l'audition aux sourds. Jasser eut cette malencontreuse pensée ; et il ne fallut rien moins que la mort retentissante par méningite post-opératoire du médecin danois von Berger, pour enrayer l'essor de cette néfaste chirurgie. Le seul résultat avantageux de cette affaire, fut de faire mieux connaître l'anatomie de l'apophyse mastoïde.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, première acquisition utile de l'otiatrice, fut d'abord indiqué, en 1724, par Guyot, maître de postes à Versailles. Celui-ci communiqua sa découverte à l'Académie des sciences de Paris, laquelle demeura fort incrédule ; car il était admis que les orifices tubaires étaient inaccessibles aux instruments. Guyot se traitait lui-même. Il se servait d'un tube d'étain coudé, qu'il s'introduisait par la bouche, derrière le voile du palais, jusqu'à la rencontre des pavillons tubaires ; l'extrémité antérieure du tube était réunie à une pompe, communiquant avec un réservoir d'eau. Ainsi Guyot réussit à se guérir d'une surdité ancienne. Les difficultés de cette technique invitèrent, en 1741, le médecin militaire anglais, Archibald CLELAND, à essayer d'introduire le cathéter par le nez. Cleland y réussit ; il fit connaître que tous les cas de surdité, dus à l'obstruction tubaire, pouvaient être guéris de cette manière : parfois, cependant, il se contentait d'insuffler de l'air dans le cathéter. Le procédé de Cleland eut la bonne chance d'attirer l'attention de contemporains. WALTHEN le reprit et le modifia légèrement, sans en citer l'auteur, ce qui valut alors au cathétérisme le nom de procédé de Cleland-Walthen : habile manœuvre pour accoler son nom à l'invention d'autrui, et qui devait trouver dans la suite nombre d'imitateurs. Dès lors, le cathétérisme des trompes par le nez devint une pratique courante.

La paracentèse du tympan, opération d'origine anglaise, a une histoire intéressante ; sa décadence suivit de près sa grandeur. Depuis plus de cent ans, elle avait été proposée, théoriquement, comme traitement de la surdité, d'abord par RIOLAN le jeune, puis par CHESELDEN, le père de la chirurgie anglaise :

mais, ce fut en réalité Astley COOPER qui, en 1800, régla sa technique et posa ses indications. Elle était indiquée comme voie substitutive pour les sons, toutes les fois que l'obstruction de la trompe empêchait l'air de pénétrer dans la caisse ; elle faisait donc partie du bilan de la chirurgie de la surdité : personne ne pensait encore à l'employer dans les suppurations d'oreille. Et cependant, malgré son optimisme initial, après plus de cinquante expériences, Astley Cooper l'abandonna et la déconseilla franchement, déclarant que l'ouverture artificielle du tympan est sans effet chez les sourds, car il est impossible de la maintenir permanente : et, qu'en fin de compte, le résultat constant est une aggravation de la surdité antérieure. On en continua encore cependant l'emploi : mais, plus tard, au temps de Hubert VALLEUX, elle fut définitivement condamnée ; deux cas de mort avaient été causés par elle. Cependant en Angleterre, SAUNDERS, YEARSLEY l'avaient détournée de son indication première, et l'avaient proposée pour donner issue aux exsudats intra-tympaniques. Malgré tout, la paracentèse tomba dans le discrédit absolu ; elle n'en devait sortir que dans la seconde moitié du xix^e siècle.

Ici se trouve dans le livre de Politzer un intermède amusant sur la pratique otologique des anciens Chinois et Japonais. On y voit que la médecine du Japon attribuait surtout les affections de l'oreille au relâchissement des maladies génito-urinaires : c'était la classique théorie du « *Jinkyo* ».

La dernière partie de l'ouvrage traite de l'otiatrice pendant la première moitié du xix^e siècle. C'est un beau temps pour la médecine. L'application des méthodes inductives aux sciences naturelles lui ouvre d'immenses horizons ; en même temps, le perfectionnement de la technique favorise ses progrès. Grâce à Bichat, l'anatomie se double désormais de l'histologie ; grâce à Magendie, Flourens, Ch. Bell, Johannes Mueller, la physiologie s'établit sur des bases expérimentales. Cruveilier, Rokitansky, Virchow codifient l'anatomie pathologique, tandis que Laënnec, Corvisart, Skoda créent une nouvelle et féconde méthode pour le diagnostic physique des maladies.

Et pourtant, malgré cet élan universel, l'otologie reste encore bien en arrière, faute surtout de recherches anatomo-pathologiques ; elle continue à se trainer dans la symptomatologie empirique.

C'est en France que s'affirma pour la première fois l'autonomie de l'otologie ; les premiers auristes purs furent Itard, Saissy, Deleau. Ils s'attachèrent presque exclusivement aux observations cliniques ; ils perfectionnèrent le cathétérisme et eurent l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des causes de la surdité. A la même époque, l'otologie anglaise se confinait aussi dans la pratique. En Allemagne KRAMER s'efforça d'appliquer à l'oreille les nouvelles méthodes d'investigation physique découvertes en son temps : mais la base anatomo-pathologique lui manquait aussi. Ce fut là la grande lacune qui gêna tant les premiers auristes du xix^e siècle, et que devaient seulement combler nos contemporains.

Etudions tout d'abord la situation de l'anatomie de l'oreille à cette époque. On reconnut qu'après Cotugno et Scarpa il restait peu de choses à y trouver ; et que de nouvelles découvertes ne pouvaient être espérées que dans les domaines de l'embryologie, de l'anatomie comparée, et de l'anatomie pathologique. Samuel Thomas SEMMERING posa la première pierre de cet édifice nouveau. Emil HUSCKE découvrit la zone dentelée du limaçon. Henry John SHRAPNELL étudia surtout le tympan ; il en distingua nettement la membrane flaccide qui ferme l'échancrure de Rivinus, laquelle, à son point de vue, ne doit point servir à la perception des sons, étant dépourvue d'élasticité propre : seule, la membrane tendue forme le tympan acoustique. Shrapnell montre que le rôle de la membrane flaccide est de former soupape pour protéger le tympan contre les coups de pression brusques de la toux et de l'éternuement ; il recommande de faire la paracentèse à ce niveau, pour ne pas compromettre l'audition.

TOURTUAL étudie avec soin l'appareil musculaire qui unit la trompe au voile du palais, précise la description de la fossette qu'avait simplement signalée Rosenmueller en 1803 et donne une exacte description des plis salpingo-pharyngiens et salpingo-palatins.

L'anatomie du labyrinthe fit quelques acquisitions avec

Guilbert BRESCHET, qui succéda à Cruveilhier dans la chaire d'anatomie de la Faculté de Paris. On doit surtout à celui-ci d'avoir fixé la nomenclature des diverses parties de l'oreille interne. Une découverte assez importante est due à Friedrich Christian ROSENTHAL, qui décrivit le *canalis spiralis medioli*, qu'avait entrevu Scarpa. Plus connu est Friedrich ARNOLD, qui publia, en 1826, une thèse sur [le] ganglion otique, lequel a gardé son nom; qui découvrit les nerfs pétreux, et fixa définitivement les rapports des septième et huitième paires. L'italien GUARINI nous a appris le premier que la corde du tympan naît du facial et qu'elle est un nerf moteur, lequel se rend aux muscles de la langue.

L'anatomie comparée de l'oreille, qui va surtout se développer à partir du commencement du xix^e siècle, compte, parmi ses plus brillants représentants, Joseph HYrtl : celui-ci publia une étude restée classique de l'appareil auditif chez les divers mammifères.

Les études embryologiques firent les mêmes progrès en ce temps, surtout avec Carl Ernst von BAER, à qui on doit d'avoir établi d'une manière précise les relations de l'appareil auditif avec l'encéphale.

La physiologie de l'oreille entre, au début du xix^e siècle, dans sa phase expérimentale. La série des chercheurs s'ouvre avec Johann Heinrich Ferdinand von AUTENRIETH. Vient ensuite MAGENDIE, le maître de l'expérimentation, qui jette une vive clarté dans le fouillis obscur des anciennes acquisitions physiologiques. Puis Johannes MUELLER, physiologiste génial, dont les travaux sur la marche des ondes sonores dans l'oreille servent encore actuellement de base à nos recherches. Sa réputation le fit nommer, à trente ans, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Université de Berlin. Il démontra que les ondes qui passent d'un milieu gazeux dans un milieu liquide, conservent leur intensité, si elles sont transmises à travers une membrane tendue. Il prouva que les ondes conduites par la chaîne des osselets arrivent à la fenêtre ovale infinitement plus intenses que celles qui, par voie aérienne, vont frapper la membrane de la fenêtre ronde.

A Paris, vers 1824, FLOURENS publia sur la physiologie des canaux semi-circulaires un travail fondamental, qui passa ce-

pendant alors inaperçu et ne fut apprécié à sa valeur que quarante ans plus tard. Il affirma que toute lésion d'un canal semi-circulaire a pour conséquence immédiate un mouvement violent de la tête. Si l'on sectionne le canal semi-circulaire horizontal, l'animal tourne autour de son axe vertical ; la section du canal postérieur fait tomber l'animal en arrière ; celle du canal antérieur le projette en avant. Tous ces troubles de l'équilibre s'obtiennent expérimentalement, sans la moindre lésion du cervelet ou de ses pédoncules.

En Angleterre, un physicien pur, WOLLASTON, avait remarqué que certains sourds entendent mieux les sons graves que les sons aigus. Cela le conduisit à déterminer la capacité de l'oreille humaine pour les divers sons, qu'il fixa à neuf octaves (de 30 à 18 000 vibrations à la seconde). Son compatriote WHEATSTONE observa que quand on ferme les conduits auditifs avec les doigts, on entend moins les sons extérieurs, mais, en revanche, on perçoit mieux le son de sa propre voix. Il remarqua aussi que si l'on applique au milieu du crâne le pied d'un diapason vibrant et qu'on vienne à fermer une seule oreille, c'est de l'oreille close qu'on entend le plus le diapason. L'épreuve de Weber a donc été découverte en principe par Wheatstone : toutefois, c'est à Ernst Heinrich WEBER que revient le mérite de l'avoir utilisée dans le diagnostic des affections de l'oreille. C'est seulement depuis les travaux de Weber, que le diapason est devenu entre les mains des auristes un instrument usuel de diagnostic.

Un des derniers chapitres de l'ouvrage de Politzer est consacré à l'histoire de l'Education des Sourds-muets. Jusqu'au milieu du xv^e siècle, ceux-ci étaient des parias, dont nul n'avait souci. Un vieux bénédictin espagnol, Pedro Ponce de LEON, eut le premier l'inspiration géniale qu'il serait possible de mettre ces malheureux en relation avec leurs semblables. Il commençait par apprendre à ses élèves à lire et à écrire, puis il se faisait désigner par eux divers objets dont il inscrivait le nom au tableau. Un peu plus tard, il leur enseignait quelles sont les différentes positions de la bouche qui correspondent aux lettres de l'alphabet ; et, en même temps, préludant à la méthode allemande, il leur apprit à lire sur les lèvres de leur interlocuteur. Il découvrit aussi l'alphabet manuel, qui

devait servir de base à la méthode française. Parmi ses nombreux continuateurs, on cite surtout l'abbé Charles Michel de L'EPÉE. En 1752, ce prêtre recueillit deux sœurs orphelines sourdes et muettes, et, pris de pitié, se mit à la recherche des moyens propres à améliorer leur sort : c'est ainsi qu'il réussit à mettre au point la méthode dactylographique. Samuel HEINICKE, son contemporain, procéda en Allemagne d'après un principe différent : il utilisa l'éducation par le son de la voix et préconisa les exercices acoustiques.

Pour terminer, Politzer trace une revue d'ensemble des progrès réalisés dans la première moitié du xix^e siècle dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique auriculaires. Peu d'acquisitions importantes sont faites en cette période ; faute d'anatomie pathologique, les procédés de diagnostic manquent de base sérieuse. La proverbiale bienfaisance du peuple anglais fit ouvrir à Londres, en mars 1803, le premier dispensaire pour les maladies des yeux et des oreilles ; malheureusement, cet établissement rendit si peu de services aux sourds, que, quelques années plus tard, il se restreignit au seul traitement de la vue. En Allemagne, ce n'est qu'au milieu du xix^e siècle qu'on voit s'établir un Institut pour le traitement des affections de l'oreille. Aussi, pendant toute cette période, l'otiartrie allemande reste-t-elle très en arrière ; ce fut la France qui tint de très haut la tête du mouvement scientifique, dominant l'Angleterre, laquelle attendait pour briller la venue de Wilde et de Toynbee.

Le plus célèbre des auristes Français de cette époque est Jean Marie Gaspard ITARD, qui donna à l'otiartrie ses premières méthodes précises. Son *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, paru en 1821, renferme un très grand nombre d'observations critiquées avec soin ; ce livre est surtout remarquable en ce que l'auteur s'y débarrasse en grande partie de la routine thérapeutique, chère à ses prédécesseurs. Son contemporain, Antoine SAISY, provençal comme lui, fit la meilleure étude des affections de l'oreille interne qui eut encore paru. Tous deux eurent comme continuateur Nicolas DELEAU jeune, qui améliora la pratique du cathétérisme, et institua les insufflations d'air par la trompe, traitement désormais classique.

Les auristes allemands ont peu d'éclat au commencement du xix^e siècle, et se contentent de coordonner les matériaux qui leur viennent de France. Wilhelm KRAMER mérite une mention spéciale. Bien qu'il fut un adversaire des études anatomo-pathologiques, cependant il classa avec précision la symptomatologie auriculaire ; au point de vue thérapeutique, on lui doit être reconnaissant d'avoir franchement rompu avec les traditions surannées et d'avoir inauguré le traitement moderne des maladies auriculaires.

Mais voici que le xix^e siècle va entrer dans son âge mûr. Laënnec, Rokitansky, Skoda ont montré à la médecine la méthode qu'elle doit employer pour arriver plus près de la vérité ; cette méthode, c'est la superposition stricte des symptômes observés pendant la vie aux lésions constatées à l'autopsie. Bientôt, grâce à elle, l'otologie va entrer dans une voie féconde : Toynbee, Wilde, von Trötsch, Moos sont déjà nés, et se préparent à l'enrichir d'acquisitions merveilleuses ; et d'autres encore viendront, parmi lesquels on doit citer Politzer, puisqu'il s'est oublié lui-même...

Ainsi se termine la première partie de cet ouvrage, le plus remarquable peut-être qu'ait produit l'otologie contemporaine. On ne sait quoi plus admirer, ou de la somme formidable de travail que Politzer a dépensée pour accumuler tant de matériaux, ou de la clarté avec laquelle il a su les présenter. Pour chaque auteur étudié, la méthode d'exposition est la même : résumé de sa biographie, critique générale de son œuvre, analyse détaillée de ses ouvrages. De splendides planches hors texte font revivre à nos yeux tous les protagonistes de l'otologie ; et rien n'est plus instructif que cette série de reproduction de portraits authentiques, qui commence à la splendide gravure de la renaissance, pour aboutir à la banale lithographie moderne.

L'otologie possède maintenant, grâce à ce livre, sa généalogie officielle. A le lire, les auristes ressentiront quelque fierté. Ils sauront qu'ils descendent d'une belle lignée. Et leur zèle en sera stimulé : noblesse oblige.

M. LERMOYER.

**La thérapeutique de la tuberculose du larynx, par Grünwald
(Munich ; Lehmanns, éditeur, 1907).**

Il est incontestable que le traitement de la laryngite tuberculeuse ne peut pas encore être comparé, au point de vue de la méthode et des résultats, à ce que l'on voit dans le traitement des autres tuberculoses à siège extra-pulmonaire. Or, il est certain qu'en attendant la découverte d'un sérum véritablement anti-tuberculeux, le traitement de la laryngite tuberculeuse devait être un traitement local et, comme tel, surtout chirurgical. Il suffit de se représenter l'état misérable d'un malade, atteint de laryngite tuberculeuse au dernier degré, pour savoir qu'aucun traitement général ne pourra le guérir. Comment se fait-il donc que, même dans les grands centres laryngologiques, où les cas de laryngite tuberculeuse surabondent, le traitement chirurgical ne soit pas plus en usage ? Le mauvais état général du malade seul n'explique pas cette retenue, si l'on réfléchit que des interventions bien plus importantes sont exécutées par les urologistes, les gynécologues pour la tuberculose du rein, de la trompe. Depuis que la laryngologie, sortie des mains de ses premiers maîtres, qui, tous, furent médecins, a montré ce qu'elle pouvait être dans le traitement du cancer du larynx, la question peut être posée de savoir si le traitement de la laryngite tuberculeuse ne bénéficiera pas également de ses progrès en chirurgie.

Avant d'aborder la revue de ce qui se fait actuellement dans le traitement de la tuberculose du larynx, Grünwald s'arrête un moment à l'étude de quelques points anatomo-pathologiques de la laryngite tuberculeuse, pour montrer comment quelques médicaments, comme l'injection des différentes huiles antiseptiques, par exemple, ou des badigeonnages à l'acide lactique ont pu guérir quelques cas, et comment, forcément, ils ont dû échouer dans d'autres. Des trois grands constituants de la laryngite tuberculeuse : l'ulcération, la tuméfaction et le séquestre, il est évident que le séquestre n'est susceptible que d'un seul traitement : l'exérèse. Quant à la tuméfaction, il faut distinguer celle qui est due à une irritation passagère et qui disparaîtra une fois la cause supprimée, soit par le repos fonctionnel de l'organe, dernièrement tant vanté par Sémon, soit par l'emploi de différentes inhalations médicamenteuses, etc., etc., et celle qui doit son existence à un tissu de néoformation, sous l'irritant tuberculeux correspondant exactement à ce qu'on appelle le fongus quand il s'agit d'une ar-

ticulation, et qui résistera également à tout ce qui n'est pas opération.

Enfin, les ulcérations se laissent également diviser en ulcérations superficielles, tuberculeuses ou non, même dans un larynx tuberculeux, et ulcérations profondes, allant très loin dans le tissu et échappant complètement à l'action médicamenteuse des caustiques et des antiseptiques. Sous le rapport des infiltrations tuberculeuses, Grünwald, dans son livre, nous rappelle que les infiltrations tuberculeuses peuvent aller très loin dans la profondeur, être même séparées les unes des autres par du tissu sain, et se développer tranquillement dans la profondeur, cependant que les parties superficielles paraissent marcher vers la cicatrisation. Cicatriser une ulcération superficielle et faire disparaître de ce fait un œdème passager ne constitue pas la guérison de la laryngite tuberculeuse, quoique évidemment le soulagement apporté dans quelques cas puisse être très grand, et imposer même à des observateurs généralement exempts d'enthousiasme. Rien d'étonnant en conséquence si, de temps en temps, un médicament, voire même un procédé technique, est chaudement recommandé par quelques maîtres.

Généralement, dans les grandes cliniques on se contente, tant que la muqueuse est intacte, des irrigations d'huile mentholée, créosotée, etc., auxquelles on ajoute les cautérisations à l'acide lactique quand le larynx est ulcéré. L'emploi de la curette n'a jamais pu trouver de chauds partisans et les meilleurs résultats ont encore été obtenus par le promoteur du curetage du larynx et ses élèves. Dans différentes publications, Krause s'étonne de ce fait et accuse d'inhabileté ceux qui ont des mécomptes par l'emploi de la curette. Mais, il est évident que la curette simple ou double ne peut pas enlever tout ce qui *paraît* malade, d'abord parce qu'elle ne peut pas facilement atteindre toutes les parties du larynx (ici évidemment l'habileté de l'opérateur joue le premier rôle), ensuite parce que elle ne peut pas enlever tout ce qui *est* malade, et ceci est le défaut capital de la méthode, car, l'anatomie pathologique nous démontre combien l'infiltration tuberculeuse dépasse ce qui paraît macroscopiquement atteint. Il faut aussi tenir compte de ce que l'image laryngoscopique est absolument insuffisante pour juger de l'étendue des lésions.

Pendant un certain temps, il a été beaucoup question de la méthode scléro-gène dans le traitement de la tuberculose. En laryngologie, les publications manquent sur ce point et, si, *a priori*, cette méthode pouvait donner des résultats dans des cas spécialement choisis, son emploi en laryngologie ne justifiera pas les

grandes expériences, si l'on s'en tient aux résultats obtenus en chirurgie générale.

L'héliothérapie en laryngologie paraît rationnelle, mais le procédé technique a des difficultés tellement inhérentes qu'il ne pourra jamais être préconisé comme méthode générale, car, si l'on voulait suivre la technique en usage dans un hôpital militaire de Prague, où l'on apprend aux soldats à se héliothérapiser eux-mêmes, il est à douter que l'on obtiendrait jamais de bons résultats d'une méthode qui paraît être excellente, et qui a donné de bons résultats dans le traitement de la tuberculose cutanée.

N'entendons-nous pas dans tous les congrès d'hygiène que le soleil est l'ennemi le plus grand du bacille de Koch ? Ce n'est pas trop se hasarder que d'espérer, par l'exposition méthodique et suffisamment prolongée aux rayons solaires, l'arrêt de la marche, même la guérison de la tuberculose, quand la charpente cartilagineuse n'est pas trop atteinte. Mais, comme procédés de technique, nous voudrions proposer, sans avoir eu jusqu'à présent occasion de l'expérimenter sur les malades, le procédé en usage pour la trachéoscopie supérieure. Quand le procédé de Killian sera devenu le bien commun de tous les laryngologistes, et qu'il aura perdu son caractère d'intervention exceptionnelle, il ne sera pas extraordinaire de voir un laryngologue attaché à un sanatorium, procéder à ces séances de héliothérapie. Ce procédé nous paraît très simple, son plus grand écueil, la cocaïnisation, deviendra inutile. Les malades apprendront facilement, au bout de quelques séances, à supporter le tube ; cette cocaïnisation elle-même n'aura pas besoin d'être aussi énergique que pour une véritable trachéoscopie, car il suffira seulement d'exposer le larynx à travers le tube au soleil, et non pas d'introduire le tube à travers le larynx.

C'est surtout dans les sanatoria, en Suisse, par exemple, ou en Egypte, que ce procédé pourra être mis en pratique pendant toute l'année, sans qu'on ait trop à craindre le manque de soleil.

La galvanocaustie du larynx a été recommandée de temps en temps par quelques rares observateurs qui déclaraient s'en être très bien trouvés dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. Tous étaient étonnés du peu de réaction que faisaient les cautérisations, même très étendues, du larynx. L'œdème du larynx, tant craint, n'a jamais été vu. Une unique fois, Grünwald a observé, dans un cas traité par la galvanocaustie, la suppuration du ganglion pré-laryngé et sa fistulisation par le cartilage thyroïde et par la peau. En raison de la rareté du cas, Grünwald se demande si réellement la cautérisation a été la cause de cet accident.

L'enthousiasme de Grünwald pour la galvanocaustie est très

grand, et à peine dépassé par celui de Krieg qui ne laisse subsister presque aucun autre traitement à côté de la galvanocaustie, dans la laryngite tuberculeuse. Il dit que la laryngite tuberculeuse ne disparaîtra pas de la terre par la galvanocaustie, mais que le découragement, quant à l'efficacité d'un traitement, est injustifié, qu'une petite partie des malades seront guéris, et qu'un grand nombre seront améliorés, de façon à ce que leur vie soit prolongée et digne d'être vécue, grâce au traitement chirurgical continué avec persévérance et systématiquement, et surtout grâce à la galvanocaustie.

Krieg a soigné plus de deux cents malades par la galvanocaustie et il a obtenu une soixantaine de guérisons, contrôlées en partie longtemps après cessation du traitement. Il ne s'est pas uniquement servi de la galvanocaustie même dans les cas guéris, mais depuis 1894, il s'est presque exclusivement servi de la galvanocaustie. Les guérisons obtenues par Krieg ne concernent pas seulement des cas de lupus, des cas d'ulcérations simples, ou des cas où le diagnostic de tuberculose n'a pas été posé avec toutes les précautions nécessaires. A part la difficulté de la technique, la méthode n'a pas d'inconvénients pour Krieg ; elle lui paraît une méthode utilisable presque sans exception, d'une efficacité, d'une rapidité et d'une inocuité par lesquelles elle est supérieure aux autres méthodes.

La question de la galvanocaustie du larynx a été très étudiée dans le livre de Grünwald. Grünwald croit que, sans aucun doute, le traitement galvanocaustique de la laryngite tuberculeuse aura élargi, d'une façon presque incroyable pour le non initié, les limites de l'intervention de la chirurgie endo-laryngée. Après avoir essayé pendant quinze ans le galvanocautère sur quelques cas rares de laryngite tuberculeuse, Grünwald a fait, depuis cinq ans, un emploi systématique de la galvanocaustie profonde.

La technique est très simple. Après anesthésie suffisante, une pointe fine et dure est posée sur la partie choisie. On la chauffe ensuite et on entre lentement dans la profondeur, jusqu'à ce que la résistance très nette du tissu sain ou la transparence rouge de la cavité sous-glottique arrête la cautérisation. On laisse le cauterèse jusqu'à ce qu'il devienne mobile dans le canal de ponction, ce qui demande généralement cinq à dix secondes. Il est préférable de ne pas faire plus de deux ponctions dans une séance. La réaction consécutive est remarquablement faible. Dans la région ary ténoïdienne, un peu de dysphagie de courte durée peut être la conséquence. Les jours suivants, on voit généralement une petite escharre qui disparaît. Quand la cautérisation a été très forte,

on voit des parties nécrosées qui s'éliminent. En huit à quinze jours, toute la réaction est terminée. L'état général réagit peu. Une légère élévation de la température de 0,3 à 0,5 dans les deux ou trois premiers jours après l'opération. Le procédé correspond à tous les cas, surtout là où il s'agit de détruire des infiltrations. S'agit-il des ulcération larges, apparemment peu profondes, surtout sur l'épiglotte, la galvanocaustie superficielle avec cautère large sera préférable. Ce qui est au-dessous des cordes est généralement en dehors d'une intervention intra-laryngée, quoique l'habileté spéciale puisse y recueillir également des triomphes.

Depuis la publication du livre de Grünwald, on a pu lire diverses relations de cas de tuberculose laryngée guéris par la galvanocaustie. Les auteurs n'insistent pas suffisamment sur la technique. Il est important de souligner que Grünwald préconise la galvanocaustie *profonde*. De simples attouchements au galvano des parties ulcérées ont été faits par beaucoup d'auteurs avant Grünwald, et nous-même, avons guéri, par les attouchements au galvano, un malade soigné sans résultat par le curetage, dans son pays (Tyrol), chez lequel la guérison s'est maintenue depuis trois ans. La nouveauté du procédé de Grünwald consiste non pas dans une escarrification des plaies tuberculeuses, mais dans l'ignipuncture profonde, systématique du tissu, dans le larynx tuberculeux.

Notre conviction personnelle est que la technique de la galvanocaustie n'est certainement pas au-dessus de l'habileté ordinaire et que les laryngologues, même les plus timorés, se décideront plutôt à attaquer le larynx tuberculeux avec le galvanocautère qu'avec les instruments tranchants. La curette laisse des plaies irrégulières, anfractueuses, dans un milieu où non seulement les infections banales sont à craindre mais où la tuberculisation de la plaie est plus que possible, si l'on songe à la tuberculinisation des plaies de trachéotomie. Si l'on n'a pas encore décrit la généralisation miliaire après un curetage dans le larynx tuberculeux, les dermatologues connaissent la granulie après scarification du lupus. Il est vrai qu'on a toujours la ressource de cautériser à l'acide lactique les plaies faites par la curette ; mais, tant que la curette n'a pas enlevé tout ce qui est malade, ces cautérisations sont illusoires et impossibles, même sur un endroit mobile comme l'épiglotte.

Grünwald, sans se laisser entièrement séduire par la galvanocaustie profonde, formule de la façon suivante les indications spéciales pour le traitement endo-laryngé de la laryngite tuberculeuse.

La laryngite tuberculeuse du début, tant que les lésions sont lo-

calisées sur les cordes et dans l'articulation crico-aryténoïdienne, peut être traitée par la cure du repos, par l'héliothérapie, par les inhalations. S'agit-il des petites exulcérations, l'acide lactique peut être essayé. Si les ulcérations sont grandes, on remplace l'acide par la galvanocaustie large. Quand on suppose qu'il s'agit d'une infiltration, ulcérée ou non, la galvanocautérisation profonde s'impose.

**

Les interventions par voie externe, dans les cas de laryngite tuberculeuse, ont été jusqu'à présent généralement dirigées non pas tant contre la laryngite tuberculeuse que contre ce qu'on pourrait appeler les états métatuberculeux, la sténose et la périchondrite, à moins qu'il n'y ait eu erreur de diagnostic et opération dirigée contre un carcinome qui, pendant l'opération, a été reconnu comme tuberculose (cas de Billroth, de Kocher, etc.). Grünwald a réuni dans son livre, dans un tableau synoptique, tous les cas de tuberculose du larynx attaqués par voie externe. Il a réuni 93 cas, qui lui ont fourni le sujet d'une étude très approfondie sur les interventions par voie externe contre la laryngite tuberculeuse. Il n'a pas seulement cherché à prouver que la laryngite tuberculeuse est guérissable par la chirurgie, car, des cas suivis longtemps après l'opération et d'autres, examinés après autopsie, ont prouvé la possibilité de la guérison de la tuberculose laryngée par opération ; mais il a aussi recherché, par la critique approfondie de chaque cas publié, quelles sont les conditions spéciales nécessaires pour qu'une intervention, qui certainement peut être considérée comme très grave, vu les circonstances particulières dans lesquelles on opère, réunisse toutes les chances de réussite, pour fixer, en somme, les conditions dans lesquelles on a, jusqu'à présent, obtenu régulièrement des succès, et qui permettront à l'avvenir également d'établir le pronostic de l'opération.

Il faut d'abord se demander en quoi consiste le danger des grandes opérations dans la laryngite tuberculeuse. La mort, comme conséquence directe de l'opération, est à considérer quand il s'agit d'une extirpation totale du larynx, quoique les progrès faits dans ces dernières années en aient énormément diminué les risques. Dans toutes les autres interventions, le danger de vie immédiat n'est pas à craindre. La tuberculinisation de la plaie est un accident également évitable, elle a été, du reste, constatée plutôt chez certains opérateurs, et se laisse facilement éviter, si l'on

observe quelques précautions nécessaires de technique. La granulite après la laryngofissure a été constatée deux fois, sur 3 cas de Schmiegelow. En dehors de ces 2 cas, on ne connaît pas d'autres cas certains de granulite comme conséquence d'une intervention sur le larynx. Deux considérations d'ordre plus grave doivent être retenues quand il s'agit des interventions larges dans la tuberculose du larynx, et c'est d'après la réponse à ces deux questions que les laryngologistes organisent aujourd'hui leur traitement dans la tuberculose du larynx : 1^o Les grandes interventions sur un larynx tuberculeux ont-elles un retentissement fâcheux sur l'état général ? 2^o Occasionnent-elles des sténoses dangereuses dans le larynx ?

Il est évident qu'on n'entreprendra pas des grandes interventions sur le larynx d'un tuberculeux cachectique. Dans la liste des cas réunis par Grünwald, on trouve quelques issues fatales chez des malades, chez lesquels on avait constaté des états très avancés de tuberculose pulmonaire. Une fois, l'opération a été faite par Pie-niazek, uniquement pour débarrasser un tuberculeux très avancé du port d'une canule. Le malade est mort cinq jours après l'opération. Kocher et Streiter ont exécuté des opérations suivies de mort, opérations inutiles pour ne rien dire de plus. Mais que faut-il penser des cas qui, avant l'opération, paraissaient bons et dans lesquels l'opérateur a eu l'impression que, par l'opération, le feu couvant sous la cendre a été ravivé. Ainsi, par exemple, dans un cas opéré par Gussenbauer, il y avait latence absolue des phénomènes tuberculeux ; on avait porté le diagnostic de carcinome et exécuté l'opération dans cette idée. A la suite de l'opération, une fièvre hectique s'est déclarée et l'opéré est mort de tuberculose manifeste. Dans sa liste, Grünwald trouve 5 cas qui ont eu un sort semblable. Par un examen minutieux des cas, il montre que les opérateurs n'ont pas tenu assez compte de la résistance individuelle de leurs malades, que la gravité de l'opération a été, en partie, en disproportions avec les forces du malade, ou que la technique opératoire, comme dans le cas de Gussenbauer, n'a pas été ce qu'elle est aujourd'hui, en partie aussi parce que, au contraire, l'opération n'a pas été assez radicale pour enlever tout ce qui était malade.

Quant aux sténoses post-opératoires, elles ne sont pas une suite inévitable de l'opération. Elles sont certainement évitables si l'on empêche le contact des deux faces cruentées de la plaie. Elles se montrent avec une certaine fréquence quand on se sert du cautère pendant les interventions sanglantes.

* * *

Quel que soit le procédé d'intervention chirurgicale, le résultat final dépendra des cinq conditions suivantes : l'âge du malade, l'état du larynx, la durée de la maladie du larynx, de l'état pulmonaire et d'autres affections compliquant la laryngite tuberculeuse. Grünwald a étudié ces cinq conditions dans le détail des observations publiées.

Quant à l'âge, celui des malades variait entre 25 et 67 ans. En aucun cas, l'issue fatale n'était imputable à l'âge, ni trop jeune (Grünwald ne mentionne pas les excellents résultats obtenus par Henrici, chez les enfants), ni trop avancé des opérés. On pouvait s'attendre à ce résultat, puisque on connaît des opérations faites sur des vieillards sans généralisation miliaire de la tuberculose.

L'état du larynx fournira des renseignements plus intéressants. Il est évident que le pronostic est moins bon, sans être absolument défavorable, quand le larynx est pris *in toto*. Grünwald a reproduit dans son atlas le larynx d'un malade chez lequel il y a eu une large infiltration du larynx entier. Ce malade a guéri sans intervention chirurgicale. Dans un cas de large infiltration du larynx, avec nombreuses localisations, il faut toujours se demander si l'extirpation de tous les foyers atteints est possible, et si le danger de l'infection de la plaie n'est pas très grand. D'après les expériences qui découlent d'une étude minutieuse des cas publiés, il faudrait montrer la plus grande réserve, au point de vue des grandes interventions chirurgicales dans les infiltrations et ulcéractions larges, multiples du larynx. Le pronostic semble bon dans les ulcéractions circonscrites du larynx, mais le nombre de ces cas (4 en tout avec trois guérisons assurées) ne semble pas suffisant pour tirer des conclusions. Quant aux formes lupiques, elles jouissent d'une bonne réputation, mais il est évident qu'elle n'est justifiée qu'autant que le poumon n'est pas malade et que le nodule lupique n'a pas la même tendance que le nodule tuberculeux à se développer dans la profondeur. Le lupus est, en somme, une forme bénigne de la tuberculose, d'où découle l'indication formelle pour une attaque énergique. En définitive, la constatation au laryngoscope d'une lésion circonscrite ne justifie pas la grande intervention. Avant d'ouvrir le larynx, il faut toujours se demander si on est capable de détruire totalement la lésion circonscrite.

La durée du processus laryngé est très intéressante à consulter, malheureusement les observations sont, en grande partie, muettes sur cette question. On croirait, d'après l'adage *principiis obsta*, que le résultat de la grande intervention sera d'autant meilleur que la lésion est plus récente; or, le contraire paraît être vrai. Ainsi sur 15 cas restés guéris ou améliorés, la maladie, dans 9 cas, datait de plus d'un an, et sur 8 cas restés sans guérison et suivis de mort, six fois la maladie ne durait que depuis quelques mois. Cette contradiction s'explique aisément si l'on songe qu'un processus a dû être très virulent pour amener en quelques mois des lésions nécessitant une opération. On pourra donc dire que le pronostic pour l'opération est d'autant meilleur que la laryngite est plus ancienne.

Quant à l'état des poumons, on peut, d'après tous les opérateurs, formuler, qu'à moins de conditions absolument déplorables, l'état pulmonaire n'empêche pas une intervention énergique sur le larynx. On peut même dire que des tuberculoses pulmonaires paraissant incurables ont subi une amélioration inespérée à la suite d'une heureuse intervention sur le larynx, grâce à l'amélioration de l'état général, consécutive à l'opération. Du reste, le résultat de l'examen pulmonaire ne donne pas toujours l'image réelle des lésions, comme l'état des poumons et l'état du malade ne sont pas toujours équivalents. Un examen négatif des poumons n'implique nullement un bon pronostic pour l'opération. Dans la statistique de Grünwald, on voit que 12 cas de tuberculose du larynx, pour ainsi dire, isolée, avec résultat négatif des poumons ont donné une mortalité (66 %) même plus grande que des cas compliqués de lésions plus ou moins grandes de tuberculose pulmonaire. Il ne faut évidemment pas confondre, pour le pronostic, la tuberculose isolée du larynx avec la tuberculose primaire du larynx. Tant qu'on ne connaît pas, par une étude approfondie, les conditions de résistance d'un malade, le résultat négatif des poumons ne pourra pas être d'un grand poids dans l'évaluation du pronostic, pour l'intervention chirurgicale, à moins de dire que si une tuberculose laryngée primaire est tant soit peu développée, une grande réserve est indiquée pour la grande intervention chirurgicale. C'est l'examen approfondi des cas publiés qui amène à cette déduction, qui paraît paradoxale et en opposition avec l'opinion courante, d'après laquelle des poumons sains sont d'un bon pronostic pour l'intervention. En conséquence, on peut dire que tant que la laryngite se développe dans la période initiale d'une tuberculose primaire, l'indication pour l'opération doit être réservée.

D'autres complications de nature tuberculeuse, comme, par

exemple, fistule anale, tuberculose de la peau, des glandes, ne sont pas précisément d'un mauvais pronostic. Au contraire, elles montrent que le tuberculeux a en lui-même une certaine force de résistance contre la tuberculose.

Dans ce cas, la laryngite tuberculeuse sera à considérer, de même que les autres affections, comme une tuberculose locale, demandant un traitement local, donc chirurgical.

* *

Le but que se propose le chirurgien par les grandes interventions par voie externe dans la laryngite tuberculeuse ne peut être qu'un seul : la guérison :

Dans la statistique de Grünwald, on trouve des survies de vingt-sept ans, de quatorze ans, de huit ans, on trouve des cas de laryngite complètement guérie et où la mort est survenue par des raisons non imputables à l'opération. Théoriquement, la guérison de la laryngite tuberculeuse, sans amélioration de l'état général du malade, est d'une haute valeur parce qu'elle prouve le bien-fondé de ces interventions, mais, pratiquement, il faut se méfier des tendances trop grandes à l'opération, surtout ne jamais céder à la prière du malade. Grünwald regrette, autant que Pieniazek, de s'être laissé influencer par une demande semblable.

Les grandes interventions sur le larynx comportent : la laryngotomie sous-hyoïdienne, la pharyngotomie sus-hyoïdienne, la laryngofissure, la résection partielle, l'extirpation totale du larynx et la trachéotomie.

La laryngotomie sous hyoïdienne a peu d'indications. Elle donne un jour sur la partie supérieure du larynx. Pour le peu d'avantages qu'elle offre, elle implique un grand danger, à savoir la paralysie du pneumo-gastrique par irritation du laryngé supérieur. La trachéotomie préalable n'est pas nécessaire, à moins qu'on ait eu à opérer sur les parties très voisines du pharynx, où quelquefois un œdème du voile, après l'opération, peut devenir un très mauvais signe et indiquer d'urgence la trachéotomie.

La pharyngotomie sus-hyoïdienne s'adresse plutôt à la tuberculose de l'entrée du larynx et à la tuberculose de la base de la langue, du voile du palais. Comme la précédente opération, elle a été rarement pratiquée pour la laryngite tuberculeuse.

La laryngofissure est l'opération par excellence de la laryngite tuberculeuse. Elle donne un accès suffisant à tous les foyers,

excepté à ceux de l'entrée du larynx pour lesquels les interventions sus-mentionnées sont préférables, si la voie endo-laryngée est contre-indiquée. Avant de faire la laryngofissure, quelques chirurgiens exécutent la trachéotomie. Pour éviter l'infection tuberculeuse de la plaie trachéale, il sera préférable d'intercaler quelques jours entre trachéotomie et laryngofissure. Il faudra s'efforcer d'enlever la canule après la laryngofissure, de même, il faudra faire la trachéotomie aussi bas que possible.

Quant à l'opération, il faudra essayer d'enlever les tissus malades jusque dans les parties saines. Evidemment, tous les cas ne permettront pas l'exécution de ce précepte, et c'est la raison pour laquelle on se servira le moins possible de pinces, couteaux et curettes et on emploiera les caustiques et surtout la galvanocautie. De cette façon, on évitera la récidive locale et l'infection secondaire. Le galvanocautére mettra le plus sûrement à l'abri des exérèses incomplètes, et il aura aussi l'avantage d'une hémostase immédiate. Son seul inconvénient est la possibilité de la formation de sténoses par son emploi imprudent. Voici maintenant le plan d'une laryngofissure. Anesthésie locale. Incision partant du milieu du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'au bord inférieur du cricoïde. On incline la tête du malade de façon à ce qu'elle repose sur les genoux de l'opérateur. Incision du ligament conoïde, instillation d'une solution de cocaine à 20 % dans le larynx. Section du cartilage thyroïde et, si nécessaire, du cricoïde. On écarte avec des écarteurs courts, mousses, pour ne pas léser les tissus.

Si le foyer est circonscrit, on fait son excision avec bistouri ou ciseau de Cowper. On évitera toujours de toucher les parties tuberculeuses avec les instruments, sinon il faudra changer d'instruments. Ce qui ne peut pas être enlevé radicalement sera cautérisé. Il ne faudra pas cautériser deux parties situées face à face, de crainte de sténose post-opératoire possible. Les parties nécrosées, les cartilages arytenoïdes malades seront enlevés à la pince coupante ou à la curette tranchante. Nettoyage avec l'eau oxygénée. Suture de la plaie cartilagineuse, des muscles, de la peau. Soins consécutifs : suppression de la toux, position basse de la tête pendant le sommeil, nourriture par des purées. Le malade est couché sur le ventre pendant les repos. On enlève les fils le cinquième jour. Plusieurs examens pendant les mois suivants.

L'hémi-résection du larynx a été exécutée dans la laryngite tuberculeuse, seulement à la suite d'une confusion avec carcinome. Théoriquement, on lui voit une indication dans la périchondrite où l'existence d'un séquestre pourrait la nécessiter.

La résection totale du larynx pour tuberculose sera très rar

ment indiquée. L'impossibilité de remettre le larynx en état de bon fonctionnement avec de bonnes chances pour l'état général permettra d'envisager cette éventualité.

Les grands progrès dans l'extirpation totale du larynx rendront le pronostic de cette opération moins sombre qu'il ne le paraît d'après la statistique de Grünwald.

La trachéotomie n'a eu jusqu'à présent qu'une seule indication dans le traitement de la laryngite tuberculeuse : la sténose. Par Moritz Schmidt, elle a été élevée au rang d'une intervention directement curatrice.

Grünwald n'est pas partisan de la trachéotomie, quoiqu'il ait eu occasion de voir des changements merveilleux dans l'état des tuberculeux, après la trachéotomie. Les quelques cas heureux qu'on peut voir ne permettront jamais de faire de la trachéotomie une opération courante dans le traitement de la laryngite tuberculeuse. Le port d'une canule est toujours un inconvénient, qui peut devenir un supplice dans les formes de bronchite tuberculeuse à sécrétion abondante. Du reste, la résistance passive du malade empêche cette méthode de se vulgariser.

LAUTMANN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE⁽¹⁾

Séance du 17 décembre 1906.

TAPIA. — **Noyau d'olive logé dans la bronche droite. Extraction par la bronchoscopie directe.** — Un enfant de 10 ans, après avoir aspiré un noyau d'olive est pris de toux spasmique intense et de dyspnée, type des voies respiratoires basses. Radioscopie sans résultat. Radiographie impossible, le décubitus exaspérant les phénomènes spasmiques et dyspnéiques.

Le 13 mai 1906, on chloroforme le malade, et on tente de pratiquer la trachéoscopie stomatoïdale (ou supérieure) en position de Rose. Toux intense à l'entrée du tube dans la trachée. On retire ce tube et on pousse l'anesthésie à fond pour abolir le réflexe trachéal. Il se produit alors un spasme des muscles thoraciques avec apnée consécutive et cyanose si effrayantes qu'il fallut faire la trachéotomie d'urgence et pratiquer la respiration artificielle.

Détail curieux : cette trachéotomie suffit à amener une amélioration incontestable des troubles respiratoires. Le corps étranger avait-il donc été expulsé, ou ramené au-dessus de la canule ? Mais jour suivant, bronchite intense avec difficulté de l'entrée de l'air dans les poumons. Le corps étranger aurait-il donc pénétré dans une bronche profonde, ce qui aurait déterminé d'abord la rapide amélioration des troubles respiratoires suivie un peu plus tard de la bronchite ? Radiographie négative.

Le 28 mai, sous anesthésie chloroformique, bronchoscopie traumatodiale, de l'arbre bronchial droit et gauche, sans aucun résultat, mais comme on trouva aussitôt après un noyau d'olive dans la salle d'opérations, on crut que c'était celui-ci qui avait été expulsé. On replaça donc la canule et le petit malade retourna à son village, parce que la respiration par les voies naturelles n'était pas encore complètement rétablie. Un mois plus tard, au retour

(1) Compte rendu traduit par Mossé.

de l'enfant, Tapia crut bon d'enlever cette canule pour la remplacer par une autre fenestrée. Mais tout aussitôt qu'il eut enlevé la canule ordinaire l'enfant fut pris d'une série d'accès de toux spasmodique, extrêmement alarmants. Rapidement, l'auteur replaça la canule, et instilla dans la trachée quelques gouttes de stovaine, ce qui suffit à calmer la toux, mais non la dyspnée. Quelques jours plus tard, température 39,5 et signes sthétoscopiques de localisation dans la bronche principale droite.

Indubitablement le corps étranger qui avait été ramené au-dessus de la canule, était retombé dans la bronche droite, au moment où on avait enlevé cette canule. Quelques jours plus tard, sous-anesthésie locale, nouvelle bronchoscopie traumatodiale, mettant à profit pour la faire, la plaie trachéale : La bronche principale droite était complètement obstruée par du pns, qui descendait jusque dans la bronche gauche. Nettoyage au porte-coton du champ visuel et apparition du noyau d'olive qui était enclavé dans la bronche, au niveau de sa première ramifications. Essai d'extraction avec les pinces de Killian. Résultat nul. Deux jours plus tard, Tapia peut enlever avec une pince de son invention le noyau d'olives. Huit jours après, il enlève la canule et l'enfant peut revenir chez lui complètement guéri.

Discussion.

BOTELLA. — Il est intéressant pour les médecins généraux de connaître les avantages de la bronchoscopie. Il cite le cas d'un enfant qui avait dans ses bronches, le protège-pointe d'un crayon, et pour lequel le médecin de la famille s'opposa à la bronchoscopie. Il demande à Tapia s'il préfère la bronchoscopie stomatodiale ou traumatodiale.

TAPIA. — La voie naturelle a ses préférences pour la bronchoscopie excepté dans les cas suivants :

1^o Si l'y a des lésions qui empêchent la pénétration du tube par voie naturelle (ankylose de la mâchoire ; rigidité de la colonne vertébrale).

2^o Si le corps étranger est d'un volume considérable, et avec des arêtes qui peuvent blesser le larynx.

3^o Si le corps étranger est situé dans la profondeur de l'arbre respiratoire et qu'il n'ait pas pu être saisi par voie naturelle.

4^o Si l'opérateur n'a pas la main suffisamment exercée.

Séance du 7 janvier 1907.

LAUDETE. — **Chirurgie et prothèse bucco faciale.** — Un sujet de 20 ans, à la suite d'un traumatisme, avait perdu le nez et la lèvre supérieure. La bouche rétrécie par les cicatrices permettait à peine l'introduction de quelques aliments solides et par le toucher on pouvait constater la perte de neuf pièces dentaires et de tout le processus alvéolaire du maxillaire supérieur. On refit la lèvre supérieure en suivant le procédé de Shlander et on pratiqua deux canthoplasties, qui donnèrent une ouverture buccale suffisante. Puis on prit un moulage de ses arcades dentaires, et on lui construisit un appareil avec lequel il put mâcher toute espèce d'aliments. En dernier lieu, on fit pour ce malade un nez artificiel qui s'accrochait en bas sur les dents, et en haut avec de petits crochets, grâce à quoi, on put arriver à une adaptation parfaite. L'auteur présente une série de moussages et une collection de photographies qui permettent de suivre l'histoire de ce malade.

Goyanes préfère la prothèse chirurgicale et cite une foule de procédés opératoires. Il repousse celui de Koenig pour l'enfant à cause de la faible épaisseur du frontal, mais il l'accepte pour l'adulte. Il a opéré un cas, avec succès, par le procédé de Nélaton qui consiste à prendre comme soutien un cartilage costal. Il cite les procédés de Nicoladini et autres auteurs et en déduit la supériorité de la prothèse chirurgicale.

LAUDETE fait remarquer la difficulté d'obtenir un lambeau osseux frontal (procédé de Koenig), le plus souvent le frontal est fracturé et on est exposé à ouvrir la cavité crânienne. Ce n'est pas tout : ce lambeau se nécrose, ou se résorbe. Le procédé de Mongold qui utilise un lambeau cartilagineux au huitième cartilage costal, lui semble préférable.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN⁽¹⁾*Séance du 26 janvier 1907. 6**Président : FRAENKEL.**Secrétaire : HEYMANN.*

BÖRGER. — **Sarcome du larynx.** — Un maçon de 76 ans consulte pour des troubles dysphagiques et pour de la dyspnée. Au laryngoscope, on voit dans le ventricule droit une tumeur grosse comme une prune, gris rougeâtre, légèrement bosselée. Examen microscopique : sarcome.

MANKIEWICZ. — **Priorité de la laryngoscopie.** — D'après le compte rendu des séances de la société médicale de Lyon, en 1836 jusqu'en 1838, le Dr Baumès, chirurgien de l'hôpital des Antiquailles à Lyon, aurait couramment fait de la laryngoscopie avec des instruments presque analogues aux nôtres. Il aurait reconnu des ulcérations de la cavité nasale du larynx et du pharynx. Renseignements pris dans le *Lyon médical* du 9 avril 1905, n° 15.

ALEXANDER. — **Présentation d'instruments.** — a) Une seringue de Pravaz en forme de baïonnette; b) Trousse des différentes seringues pour la spécialité (chez Dewitt et Herz).

LENNHOFF. — **Tuberculose du larynx.** — Une femme, enceinte de deux mois, se plaint, en février 1904, de raucité de la voix. En juillet 1904, examinée pour la première fois, elle avait une infiltration en forme de tumeur de la partie postérieure de la bandette gauche, de la paroi postérieure du larynx et de la région arytenoïdienne droite. La malade s'est bien maintenue et l'enfant, né depuis, est bien portant. Seul le processus dans le larynx a fait des progrès. Ce cas est intéressant parce que Kuttner prétend que sur cent femmes atteintes de laryngite tuberculeuse, sept échappent à la mort et que sur soixante-dix enfants douze seulement

⁽¹⁾ Compte rendu par Lautmann, d'après la *Berliner Klinisch., Wochensch.*, n° 38, 1906.

dépassent l'âge de 1 an. Lennhoff se propose de trachéotomiser la malade. Il n'espère rien d'un traitement endo-laryngée. On pourrait peut-être songer à une laryngofissure avec résection des parties malades.

Discussion.

KUTTNER. — Les lésions de la malade constatées au cinquième mois de sa grossesse, par Lennhoff, pouaient être considérées comme peu importantes. Elles avaient un caractère de bénignité particulière parce qu'elles se présentaient sous la forme de tumeur. Sur cette particularité j'ai attiré l'attention dans ma publication. On connaît 3 cas analogues qui n'ont pas été aggravés par la grossesse. Le pronostic grave de la tuberculose laryngée compliquée de grossesse ne sera pas modifié par ce cas.

GRABOWER. — Je ne pense pas voir dans ce cas une tumeur tuberculeuse du larynx. Il s'agit d'infiltration diffuse. J'ai démontré dernièrement l'examen microscopique d'une véritable tumeur tuberculeuse. C'était quelque chose de tout à fait différent.

KUTTNER. — Il est toujours difficile de discuter d'après une description seulement.

D'après la description de Lennhoff, la couleur grise plaiderait plutôt pour le diagnostic de tumeur.

LENNHOFF. — Je crois que les deux orateurs ont raison. Il est certain que ce qui était sur la bandelette gauche était plutôt une tumeur, mais ce qui était dans la région arytenoïdienne et sur la paroi postérieure du larynx était ou de l'œdème ou de l'infiltration. Pendant la grossesse, le processus progressait peu, mais après l'accouchement (6 novembre) l'état a empiré et continue à s'aggraver.

ROSENBERG n'a pas l'impression qu'il s'agit d'un tuberculome, car le degré de l'extension sur la bandelette ne suffit pas pour différencier l'infiltration de la tumeur. Quant à l'autre question de Lennhoff, concernant le traitement, il faut d'abord se renseigner sur l'état des poumons. Il n'y a rien à tenter par voie endo-laryngée, la maladie étant trop avancée. La laryngofissure pourrait être essayée si l'état général et surtout celui des poumons offre quelque chance.

GRABOWER est d'avis de ne pas attendre et de faire de suite une trachéotomie à laquelle on fera succéder un traitement intra-laryngé nécessaire. Quant à Kuttner, il ne faut pas laisser passer l'affirmation que les infiltrations sont rouges et les tumeurs blan-

ches. En 1891, quand on a fait en masse les injections de tubercu-line, Grabower a eu occasion de voir de nombreux cas d'infiltration. Qu'on se rappelle seulement le signe initial de la laryngite tuberculeuse, l'infiltration de la paroi postérieure du larynx : elle est pour la plupart des cas grise, à peine rose. La couleur ne peut pas donner la distinction entre tumeur et infiltration.

FRAENKEL. — Qu'il y ait eu dans le cas de Lennhoff tumeur ou infiltration sur la bandelette, toujours est-il qu'il y a eu infiltration de la paroi postérieure.

MEYER. — Dans le larynx, tout est malade. Si on veut opérer, on ne peut songer qu'à l'extirpation totale du larynx. La trachéotomie lui paraît la seule intervention indiquée pour le moment. Il n'y a aucun avantage à attendre les accès de suffocation.

KUTTNER. — Il faut que je proteste contre l'assertion qu'on m'attribue qu'une tumeur est blanche et une infiltration rouge. Quand il s'agit d'une infiltration, il faut distinguer entre une infiltration récente et une infiltration plus ou moins organisée. Les premières seront très rarement pâles ou grises, le plus souvent, elles seront rougeâtres ; les dernières, où il s'agit plutôt d'une hyperplasie du tissu fibreux que d'une inflammation, peuvent aussi paraître grises.

HATZANSTEIN. — Vu l'état général relativement bon de la malade, il vaut mieux faire la trachéotomie. Nous serons reconnaissants à Lennhoff de nous représenter la malade plus tard pour voir l'effet de la trachéotomie sur le larynx mis au repos.

LENNHOFF. — L'état général de la malade est mauvais, mais il a été le même au début du traitement. L'état des poumons n'a pas empiré. Il s'agit d'une infiltration des deux sommets avec quelques râles humides.

La trachéotomie est indiquée dans ce cas, par la crainte que la sténose n'augmente, et par l'espoir d'améliorer l'état des poumons par une bonne aération.

LENNHOFF. — **Trois cas de lichen ruber de la cavité buccale.** — Dans ces cas, il s'agit toujours de savoir s'il y a syphilis ou lichen.

Dans un des cas, le diagnostic a été fait par le traitement : guérison par l'arsenic.

Après interruption du traitement, réapparition de l'exanthème. Cette malade a eu une idiosyncrasie contre le mercure. Dans le deuxième cas, il y a eu une grosse perte de substance du palais ; ici, la coexistence du lichen de la peau avec effet immédiat de l'arsenic a également permis de faire le diagnostic.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 9 janvier 1906.

Président : LUCAE.

Secrétaire : SCHWABACH.

RITTER. — Démonstration des préparations concernant le conduit du sinus frontal et des cellules ethmoidales antérieures.

Discussion.

HEINE. — Le résultat esthétique de l'opération de Killian ne satisfait pas toujours. De plus c'est une opération dangereuse. A la clinique de Lucæ, elle a occasionné, sur 20 cas d'opération, deux fois la mort. Dans un cas, on a fracturé la *crista galli*. Le malade est mort de méningite. Cette fracture a été amenée par un coup de tampon, car on n'a employé dans cette région ni curette, ni gouge.

Le danger d'une infection de la plaie oblige à ne pas fermer entièrement la plaie cutanée.

HERZFELD dit que la méthode de Kuhn a également beaucoup d'inconvénients. Il fait l'opération d'après Killian seulement quand l'éthmoïde est très malade. Kefemann a eu une cécité complète à déplorer à la suite de cette opération.

HARTMANN cite quelques cas qui ont guéri avec conservation de la paroi antérieure. Il recommande le procédé de Politzer pour exprimer le pus.

SCHOETZ se déclare partisan du traitement conservateur après résection d'une partie du cornet moyen.

HERZFELD opère les cas chroniques radicalement seulement si la sécrétion fétide ne veut pas disparaître autrement, s'il y a de graves désordres nerveux, et une douleur persistante à la pression de la paroi antérieure et de la base du sinus.

RITTER. — Avec un petit miroir introduit dans le sinus, on peut

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berliner Klinisch. Wochensch.*, n° 37, 1906.

examiner partout la cavité. Dans les cas terminés par la mort, il a toujours pu voir très distinctement les filaments du nerf olfactif sur la lame criblée. Si on arrache ces filaments on ouvre facilement une voie à l'infection dans la cavité crânienne. Pour éviter cet accident, Ritter conserve toujours une partie de la paroi supérieure de l'ethmoïde et il ne se sert dans cette région que d'un conchotome. Si l'os ethmoïde a été élevé en grande partie, l'écoulement se fait vers le nez et la plaie cutanée peut être fermée. Par la résection du cornet moyen, dans les cas aigus, on obtient un bon drainage seulement dans les cas où l'obstruction siège très bas.

WAGNER. — **Fonction des glandes cérumineuses.** — Dans les glandes cérumineuses, il y a toujours un peu de graisse liée au pigment. Dans la cavité de la glande, on ne peut pas trouver cette graisse. En conséquence, on ne peut pas admettre que les glandes cérumineuses produisent le cérumen. Ceci est fonction des glandes sébacées.

La fonction des glandes cérumineuses consiste à chasser le cérumen, parce que ce cérumen se mélange facilement au liquide sécrété par les glandes cérumineuses.

Le pigment n'est pas sécrété. Ce pigment diffère morphologiquement et chimiquement des cristaux jaunes et bruns du cérumen qui doivent leur naissance à une décomposition de la graisse.

Séance du 13 février 1906.

Président : LUCAE.

Secrétaire : SCHWABACH.

BRUCK. — **Paralysie bilatérale traumatique et hystérique du nerf facial.** — Jeune femme de 22 ans, opérée à l'âge de 5 ans de tuberculose de l'articulation de la hanche, à l'âge de 16 ans, d'une fistule sacrée, consulte en février 1905, pour une suppuration de l'oreille droite, apparue vers l'âge de 5 ans. Céphalée à droite, mastoïde douloureuse, vertiges. A l'examen, on trouve une surdité complète, destruction complète du tympan, peu de pus fétide, quelques parties cariées de la paroi postéro-supérieure du con-

duit. Le malade est nettement hystérique. Brück croit que la malade exagère son état et il ne se décide que le 15 mars 1905 à l'opération. Peu de temps après l'opération, paralysie du facial, et, en même temps, apparaît une anesthésie des deux conjonctives et des cornets, et une paralysie isolée hystérique de la branche supérieure du facial gauche, de sorte que la malade est atteinte à droite d'une paralysie traumatique organique et à gauche d'une paralysie faciale. Ce cas confirme l'opinion de Oppenheim que l'intervention opératoire peut provoquer chez une hystérique des troubles nerveux graves.

Discussion.

ROTHMANN constate chez la malade l'absence du phénomène de Bell qui consiste en ce que les deux globes oculaires se dirigent en haut quand on ferme les yeux. Si la malade en question essaye de fermer les yeux, le globe droit se dirige en dedans et le globe gauche en dehors. L'influence de la double paralysie se montre donc par le fait que la synergie entre le mouvement des globes oculaires et du muscle orbiculaire de l'œil se fait autrement que dans la paralysie unilatérale du facial.

PASSOW attire l'attention de la Société sur un phénomène encore peu connu. Quand on effraie un malade atteint de paralysie faciale totale, quand on porte la main contre sa figure, il clignote avec l'œil du côté paralysé.

KRAMM. — Perle épithéliale du tympan s'étant développée probablement à la suite d'une paracentèse.

Discussion.

LANGE a vu un cas analogue où la perle s'est développée sept mois après la paracentèse.

LUCE rappelle le cas de Grossmann où la perle a émigré vers le conduit.

LANGE. — Sinusites aiguës consécutives à la scarlatine. — Lange a observé cinq cas de sinusite chez des enfants de 5 à 7 ans qui s'est localisée sur l'éthmoïde (dans un cas, des deux côtés), dans le sinus frontal où elle a provoqué un abcès de l'orbite et dans le sinus maxillaire droit. Dans tous les cas, la sinusite s'était pro-

pâgée aux environs et avait perforé en dehors. Toutes ces sinusites ont demandé de grandes interventions.

KRAMM. — **Traitemennt de la sinusite chronique.** — L'opération de Killian sera faite seulement après échec du traitement intranasal. Quand le sinus ethmoidal est malade, il faut tâcher de le nettoyer par voie endo-nasale.

KATZ. — **L'otosclérose chez le chat.** — Katz montre les préparations provenant d'un chat atteint d'otosclérose. Il croit que l'otosclérose est une maladie constitutionnelle transmise par héritérité, provoquée par plusieurs conditions nuisibles pour l'oreille. Le point de départ siège dans le périoste de la caisse. Le traitement est dirigé contre la constitution.

Discussion.

SCHWABACH montre les préparations d'un cas de spongiose de la capsule du labyrinthe, avec soudure de l'étrier chez un malade mort de leucémie. A l'autopsie, on a trouvé des traces de syphilis. Mais Schwabach ne croit pas à une relation entre la syphilis et l'otosclérose.

LANGE demande si on a examiné d'autres os de malade atteints d'otosclérose. La théorie de l'étiologie dyscrasique pourrait trouver un appui dans de semblables recherches.

LUCAE croit que l'étiologie de cette maladie doit être variable. Il rappelle un cas où la maladie a été manifestement agravée par la syphilis. Dans ce cas, les deux fenêtres sont restées libres et on a trouvé des ostéophytes sur le promontoire. Le traitement par le phosphore n'a pas eu de succès.

Quelquefois il est même nuisible.

LUCAE connaît un autre cas où un malade atteint d'otosclérose a toujours moins bien entendu après une attaque de goutte.

KATZ croit que l'arthrite chronique, mais non pas la goutte, peut avoir une relation avec l'otosclérose.

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE (1)

*Séance du 28 mars 1906.**Président : Grönbech**Secrétaire : Sophus Beutzen*

JÖRGEN MÖLLER. — **Cas d'opération radicale par la nature.** — Une malade avait depuis de nombreuses années une suppuration de l'oreille gauche. Après nettoyage des masses cholestéatomateuses dont le conduit était rempli, on découvre une vaste cavité en communication avec le conduit. La paroi postérieure manquait comme dans une radicale normale. La seule différence avec une brèche post-opératoire était fournie par le tympan qui existait, et qui était soudé à la paroi médiane de la caisse.

GRÖNBACH a vu un cas analogue où le tympan même manquait.

JÖRGEN MÖLLER. — **Ostéite tuberculeuse du temporal.** — Une jeune fille de 11 ans a été reçue, pour différentes lésions tuberculeuses, à l'hôpital. Depuis un an, écoulement purulent de l'oreille droite ; dans le conduit on trouve du pus fétide, brun, le tympan paraît absolument normal. Il est impossible de trouver la moindre trace de perforation sur le tympan. On ne sait pas d'où provient la suppuration. Un jour, on voit brusquement apparaître une tumeur fluctuante sur la mastoïde. En pressant sur la tumeur, on peut faire sourdre du pus dans le conduit. On reconnaît maintenant seulement une petite fistule du conduit externe. A l'opération, on trouve la mastoïde remplie de masses fongueuses. Une petite partie de la lame interne est nécrosée. Après extraction, on voit la dure-mère qui est normale. Lente guérison.

GOTTLIEB KIÆR. — **Parésie bilatérale de l'abducteur, consécutive à une tumeur du larynx.** — Une malade de 47 ans est trachéotomisée d'urgence pour accès de suffocation. Suppres-

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après la *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1906 et les comptes rendus de la Société par J. Moeller.

sion de la canule au bout de cinq semaines. Traitement antisyphilitique sans effet. La respiration est stridoreuse, les cordes sont rouges et tuméfiées, s'écartant peu pendant l'inspiration et laissant voir par la fente étroite de la glotte une tumeur largement implantée sur la paroi antérieure de la trachée. Cinq ans plus tard, l'état était encore stationnaire. Pour l'explication de ce cas, Kiaer croit qu'il s'est agi au début d'une affection syphilitique du cartilage cricoïde nécessitant la trachéotomie. Dans la précipitation de l'opération, on a fait une crico-thyréotomie au lieu de la trachéotomie, et la tumeur qu'on voit au-dessous des cordes est due à la lésion du cartilage. La fixation des cordes est occasionnée par l'ancienne affection du cricoïde.

MAHLER. — **Carcinome de l'oreille gauche se manifestant d'abord par des douleurs de l'oreille et un écoulement chez une femme de 58 ans.** — Une petite tumeur du conduit enlevée est reconnue étant de nature carcinomateuse. Radicale. Malgré un traitement aux rayons X, la malade meurt quatre mois après l'opération.

SCHMIEGLOW. — **Névrite rétro-bulbaire consécutive à la suppuration des cellules ethmoidales postérieures et du sinus sphénoïdal.** — Un garçon de 11 ans s'alite avec de la fièvre, de la céphalée, des vomissements qui disparaissent pour laisser place à une douleur dans l'œil gauche, en le rendant complètement amaurotique. Le Prof. Bjerrum diagnostique une névrite optique. À l'examen, le pôle postérieur du cornet moyen gauche est un peu tuméfié. On découvre, dans la région du sinus sphénoïdal, un peu de pus, on enlève la partie postérieure du cornet moyen et on ouvre le sinus sphénoïdal. Quelques jours après, grande amélioration de la vision.

VALDEMAR KLEIN. — **Polype hémorragique du septum chez un garçon de 11 ans enlevé à l'anse froide et reconnu comme angi-fibrome myxomateux.**

Séance du 2 mai 1906.

Président : GRÖNBACH.

Secrétaire : BEUTZEN.

SCHMIEGLOW. — **Sténose de la trachée.** — Garçon de 6 ans, reçu le 1^{er} avril 1906, a été trachéotomisé, il y a trois semaines, pour le croup. Trois ou quatre jours après le décanulement, phénomènes de sténose. Dans le cartilage cricoïde, une fistule recouverte de granulations, dans l'espace sous-glottique une tumeur rose. Chloroforme. Introduction de la spatule-tube et ablation des granulations au-dessous des cordes. Les granulations n'ont plus réapparu, mais il s'est développé à 0,01 au-dessous de la glotte, une sténose qui, le 15 avril, a provoqué un accès de suffocation. Trachéotomie. Le passage de l'air à travers le larynx devient impossible avec le temps. Par la trachéoscopie faite sous narcose, on découvre un diaphragme complet qui est perforé et dilaté. On fait une série d'intubations qui rétablit la perméabilité pour l'air.

SCHMIEGLOW. — **Corps étranger de l'œsophage enlevé par l'œsophagoscopie chez un enfant de 8 ans qui a avalé une pièce de monnaie.**

SCHMIEGLOW. — **Névrile rétro-bulbaire consécutive à une sinusite sphénoïdale et ethmoïdale.** — Jeune fille de 18 ans, se plaint depuis deux ans et demi de maux de tête dans la tempe gauche, et d'une perte visuelle de l'œil droit. A l'ophtalmoscopie, la papille paraît blanche, atrophiée, sans signes d'une névrile optique. L'acuité visuelle a été variable. Légère suppuration dans les deux narines. Après résection de la partie postérieure du cornet moyen, et ouverture des deux sinus sphénoïdaux, la céphalée disparaît et la vision s'améliore.

GOTTLIEB KIAER. — **Cancer du larynx. Laryngofissure, pas de récidive depuis trois ans.** — Un homme de 57 ans a de la raucité de la voix depuis le commencement de 1902. Le 22 mai, la corde gauche paraît tuméfiée, presque immobile. Sa partie supérieure est couverte d'une masse rougeâtre, tubéreuse. Ablation de la tumeur par voie endo-laryngée. Examen microscopique : cancer. Récidive le 3 novembre 1902. Opération radicale le 28 mai 1903. Tampou-canule de Hahn. Laryngofissure. Extirpation de la tu-

meur, de la corde gauche, d'une partie du cartilage et de la corde vocale droite. Trois ans plus tard, la muqueuse de la partie opérée est lisse. A la place de la corde gauche, une cicatrice blanche. La voix est sans timbre.

MAHLER. — **Carcinome de l'oreille.** — Un homme de 77 ans a eu un eczéma du lobule de l'oreille, il y a trois ans. Aujourd'hui, à la place du lobule, une ulcération s'étendant vers le conduit et vers la mastoïde. Traitement antisyphilitique sans succès. On essayera les rayons X.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES (1)

Séance du 2 février 1906.

Président : CHARTERS J. SYMONDS.

DONELAN. — **Ulcération laryngée chez un homme de 44 ans.** — Douleurs par intervalle à la déglutition depuis six mois ; il y a trois semaines, on trouve une ulcération sur le repli ary-épiglottique droit. Actuellement l'ulcération, très large, s'étend jusqu'au pharynx. Le traitement anti-syphilitique a été essayé ; l'auteur demande s'il ne s'agit pas d'affection maligne réclamant l'intervention.

PARKER et DAVIS croient qu'il s'agit d'une gomme ouverte.

DUNDAS GRANT. — **Large ulcération syphilitique du pharynx chez un homme de 28 ans traité par les injections de calomel ; rapide amélioration.** — Voilà plusieurs cas de syphilis grave que l'auteur a traités par les injections de calomel avec le plus grand succès. D. G. attire l'attention sur la malignité de la maladie bien plus grande aujourd'hui qu'il y a plusieurs années.

CHARTERS SYMONDS demande combien de calomel a été injecté et en quel endroit.

DUNDAS GRANT. — 15 m. d'une solution à 1/10 étaient injectés deux fois par semaine à la partie supéro-externe de la fesse.

PARKER signale certains inconvénients dus à l'injection du calomel ; il préfère le mercure sous forme d'huile grise.

DUNDAS GRANT. — **Appareil de succion de Sondermann.** — Cet appareil s'applique hermétiquement sur le nez grâce à un boursier.

(1) Compte rendu par Fernand Lemaitre, d'après *Journal of laryngology*.

relet pneumatique et présente une poire munie de soupapes permettant la succion. On peut ainsi, par aspiration, débarrasser les sinus de sécrétions déterminant une vive douleur. L'auteur cite un cas où cet appareil lui a été particulièrement utile.

DUNDAS GRANT. — **Suppuration des deux sinus frontaux traitée par les méthodes intra-nasales, y compris la dilatation de l'infundibulum par le procédé des bougies.** — Depuis deux ans, le malade mouchait du pus ; le sinus maxillaire gauche fut alors drainé par l'alvéole et lavé par le malade pendant de nombreux mois, sans grande amélioration ; la turbinotomie moyenne fut suivie d'une diminution dans l'abondance du pus. Les sinus frontaux furent lavés avec des solutions faibles de formol. Enfin, en mai 1904 (dix-huit mois après le début du traitement), on essaya de bougies en S pour dilater l'infundibulum ; aussitôt les symptômes s'améliorèrent tellement que le malade se considéra comme guéri ; il avait aussitôt appris à s'introduire lui-même les sondes dans le sinus frontal.

CHARTERS SYMONDS. — **Suppurations des sinus frontaux traités par la simple irrigation.** — Il s'agit d'un homme qui apprit à se faire lui-même des lavages des sinus frontaux et qui, après six mois de ce traitement, se considérait comme guéri. En réalité, il y avait encore un peu de pus dans les méats moyens ; ce sujet n'en montre pas moins combien il est facile de laver les sinus frontaux, et de réduire considérablement la suppuration.

WAGGETT dit que le succès avec cette méthode, dépend des dimensions et de la forme des sinus frontaux. Rares sont, d'ailleurs, les cas qui guérissent complètement.

TILLEY accorde une importance considérable à l'état des cellules ethmoidales voisines ; il suffit d'une seule petite cellule située près de l'infundibulum pour réinfecter continuellement le sinus frontal : il faut recourir alors à l'intervention chirurgicale.

NOURSE a beaucoup essayé des méthodes conservatrices ; les diverses solutions qu'il a employées ne lui a pas donné de bons résultats ; quant aux drains introduits dans le sinus, qu'ils soient longs, moyens ou courts, ils ne servent pas à grand'chose ; peut-être dilatent-ils l'infundibulum.

BENNETT constate que le cathétérisme du sinus frontal, difficile normalement, est possible, en cas de sinusite dans plus de la moitié des cas.

D. GRANT attire l'attention sur la dilatation par le bougirage dont il vient de parler.

FURNISS POTTER. — Immobilité de l'articulation crico-aryténoïdiennne droite, causée par une infiltration probablement de nature maligne. — La malade se plaint de douleur et de gêne à la déglutition depuis six mois ; pas de toux, pas d'affection de la voix ou de la respiration, pas trace de syphilis ; amaigrissement malgré un bon état général. A l'examen, la région du cartilage aryténoïde et du repli ary-épiglottique droit est rouge, infiltrée, œdémateuse. L'articulation crico-aryténoïdiennne est immobilisée en position moyenne ; la respiration faisant vaciller la corde donne l'illusion, de mobilité relative, ce qui est faux. Le toucher donne la sensation de dureté ; ganglion sous angulo-maxillaire. Depuis quelques jours, douleur violente irradiant du thorax jusqu'à l'oreille ; iodure de potassium sans résultat.

FÉLIX SEMON. — L'œdème ne peut faire porter un diagnostic sur le gros ganglion et l'immobilité de la corde font croire au cancer.

D. GRANT partage cet avis, et propose d'enlever les ganglions et de les examiner.

WAGGETT dit que l'œdème étant bilatéral, il s'agit peut-être d'un carcinome œsophagien et propose l'œsophagoscopie avant de rien tenter.

SYMONDS pense à un épithélioma rétro-cricoïdien ou à un prolongement d'une néoplasie situé plus loin.

FURNISS POTTER n'a pas parlé d'intervention, tant le cas lui semble inopérable.

SCANES SPICER. — Néoplasie intrinsèque du larynx chez un homme de 73 ans présenté à la réunion de juin 1905. — L'aspect de l'affection fait porter le diagnostic de papillome que confirme l'examen microscopique. La couleur blanc-jaunâtre de la tumeur est bien particulière.

FÉLIX SEMON dit que s'il avait vu ce cas aujourd'hui pour la première fois, il aurait diagnostiqué du mycosis.

PEGLER. — L'extrême blancheur s'explique sous le microscope par la présence d'une couche de cellules kératiniques qui recouvrent comme des pics les aspérités de la tumeur papillomateuse.

SYMONDS regrette de n'avoir pu présenter un cas analogue qui guérit sans opération, après avoir été examiné et considéré comme de nature maligne.

GRANT fait remarquer qu'un cas presque identique se trouve

dans l'Atlas de Krieg, où il est présenté comme une variété de pachyderme, de kératose.

SCAMES SPICER avait été frappé par l'analogie avec le mycosis de l'amygdale ; il pense maintenant à du mycosis greffé sur une base papillomateuse ulcérée.

KELSON. — Tumeur pédiculée de la luette chez un enfant de 19 ans. — Par hasard, on découvre deux tumeurs pédiculées, insérées sur la base de la luette, l'un de la grosseur d'un pois, l'autre du volume d'un gros haricot : elles semblent de nature papillomateuse.

STUART LOW. — Epithélioma du cavum (avec coupés). — Le malade, âgé de 44 ans, vient consulter pour de la surdité. A l'examen, on découvre sur la paroi postérieure du naso-pharynx une large saillie ulcérée ; la palpation fait reconnaître une base et des contours extrêmement durs, avec ça et là quelques points comme de la corne, le tout saignant facilement au moindre contact. Les piliers postérieurs et la paroi gauche du pharynx étaient envahis. Pas de ganglions ; pas de troubles fonctionnels ; amaigrissement d'un kilogramme en trois semaines, et depuis quinze jours qu'il est en observation d'un demi kilogramme. Fatigue et grosses difficultés domestiques depuis plusieurs mois.

Trois grammes d'iodure de potassium sont administrés tous les jours sans succès.

L'examen histologique, pratiqué par Wyatt Wingrave a donné les résultats suivants :

Tumeur bourrée de cellules épithélioïdes, rondes, fusiformes ou ovales suivant le degré de compression auquel elles sont soumises ; cette tumeur diffère des épithéliomas squameux en ce qu'elle n'a aucune tendance à former des rayons de cellules concentriques et qu'elle ne présente nulle part de production cornée ou kératiniforme.

DUNDAS GRANT. — Injection de paraffine froide pour malformation nasale. — Le sujet âgé de 74 ans, a déjà été présenté devant la société en janvier 1904 après avoir subi une injection sous-cutanée de paraffine. L'amélioration était considérable et persistait, lorsque le sujet changea de métier, et malgré les recommandations qu'on lui avait faites d'éviter la chaleur, devint chauffeur de la marine royale, s'exposant ainsi à des températures de plus de 80° : la paraffine cède et le nez reprit sa forme première. Nouvelle injection à la seringue de Mahu, nouvelle res-

tauration qui pourra peut-être persister, car le malade est décidé à abandonner son métier.

FÉLIX SEMON après avoir lu les conclusions d'un récent article de Kirschner de Berlin qui se demande comment peut agir la paraffine, envahie qu'elle est par le tissu conjonctif, puis résorbée, demande de présenter tous les cas datant d'un certain temps.

DONELAN a eu l'occasion d'examiner des tissus injectés avec de la paraffine à 50°; il a trouvé celle-ci finement répartie dans les mailles du tissu conjonctif.

SCAMES SPICER rappelle un cas de diffusion de la paraffine dans les paupières, un an après l'injection, l'auteur n'a pas eu de succès avec la paraffine liquide, mais il pense que la paraffine solide peut rendre de grands services en cas de grosses déformations.

VIURACE voudrait voir des cas de restauration satisfaisante datant de plusieurs années.

FÉLIX SEMON demande comment la paraffine peut rester dans la forme que lui a donnée le chirurgien, et comment la pression de l'oreiller et à plus forte raison un choc ne la modifie pas.

GRANT. — Dut-on réinjecter de la paraffine tous les deux ans, c'est déjà un gros avantage que de pouvoir parer à de grosses difformités.

CHARTERS SYMONDS. — Suppuration des sinus frontaux et maxillaires gauches. Fermeture de la plaie et irrigation. — Le malade porteur d'une sinusite frontale maxillaire était drainé par l'alvéole. Intervention double avec drainage nasal, après turbinotomie de l'antrum maxillaire. Guérison.

Séance du 2 mars 1906.

Président : WATSON WILLIAM

HAROLD BARWELL. — Tuberculose laryngée : ablation de l'épiglotte ; guérison. — Il s'agit d'une jeune fille âgée de 21 ans, qui, en juillet 1905, époque à laquelle elle fut examinée pour la première fois, présentait une tuberculose pulmonaire très nette. Elle était alors enrôlée depuis cinq semaines, et, depuis trois semaines, présentait une dysphagie telle qu'il lui était impossible d'avaler tout aliment solide. L'épiglotte était très infiltrée, et ulcérée sur sa face laryngée ; le reste du larynx était indemne. L'épiglotte fut enlevée avec une pince emporte-pièce, en deux fragments ; la dysphagie disparut aussitôt et la plaie se cicatrisa rapidement.

Le larynx est en parfait état depuis plus de six mois que l'intervention a été pratiquée, et l'état général s'est amélioré.

HAROLD BARWELL. — **Tuberculose laryngée ; traitement local actif ; guérison.** — Chez une femme de 30 ans, nettement tuberculeuse, l'examen local avait montré les lésions suivantes : arytenoïde droit congestionné et infiltré, corde droite rouge, infiltration interaryténoidienne, enfin légère infiltration de l'arytenoïde gauche. Chaque jour, on fit des frictions avec un mélange d'acide lactique, de formol et d'acide phénique et, la semaine suivante, un morceau de l'arytenoïde droit fut enlevé à la pince de Lake ; on continua l'usage des frictions et le larynx guérit complètement ; actuellement, la cicatrice opératoire est seule visible ; le reste du larynx semble normal.

Discussion.

A la suite de ces deux observations, on discute sur la part qui revient au traitement chirurgical, et au traitement général dans les cas de tuberculose laryngée. Waggett et Westmacott préconisent le traitement chirurgical surtout l'ablation épiglottique dans les cas de dysphagie, tandis que Watson Williams et Jobson Horne pensent qu'un grand nombre de cas relèvent de la thérapeutique générale dans un sanatorium : il faut bien différencier les cas chirurgicaux des cas médicaux.

HAROLD BARWELL. — **Ulcération de l'épiglotte.** — Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui se présenta à la consultation externe en juin 1903, se plaignant d'enrouement et de toux légère datant de deux ans ; il y avait de l'expectoration jaune épaisse avec, dix jours auparavant, un filet de sang. Le larynx et les cordes étaient légèrement rouges, surtout à gauche ; la bande gauche infiltrée, les arytenoïdes et l'espace interaryténoidien d'aspect normal ; l'épiglotte enfin présentait une tuméfaction dure rosée avec une ulcération serpigneuse sur laquelle s'implantait un nodule particulier d'aspect mangé aux vers. La durée de l'histoire, l'absence de dysphagie, l'aspect des lésions sans infiltration en masse ne faisaient pas porter le diagnostic de tuberculose typique. Barwell donna donc de l'iode de potassium ; la parole s'améliora beaucoup et l'épiglotte était en voie de cicatrisation quand le malade, quatre semaines après le début du traitement, cessa de se soigner. Il revint consulter le 22 février, la voix est bonne, mais il y a une légère dysphagie depuis trois semaines ; on constate une destruction plus étendue de l'épiglotte et une légère infiltration interaryténoidienne.

Discussion.

Tandis que H. J. Davis et Barwell pensent qu'il s'agit de lupus, Wasson Williams et Westmacott pensent plutôt à de la tuberculose ordinaire ; ils réclament l'examen des crachats et l'épreuve de la tuberculine.

H. J. DAVIS. — **Rhinite atrophique.** — Femme de 18 ans ; rhinite atrophique ; pas de croûtes ; on aperçoit très facilement la paroi postérieure du naso-pharynx et le bord postérieur de la cloison. Le naso-pharynx est humide et lubrifié ; l'oro-pharynx sec et vernissé.

WALKER DOWNIE. — Photographies récentes de quelques cas d'injection de paraffine pour difformités nasales, comparées à d'autres photographies prises immédiatement après le traitement, il y a quatre ans. — Walker Downie présente ces photographies en réponse à la discussion de la séance précédente, concernant la durée de l'amélioration due aux injections sous-cutanées de paraffine ; il en tire ces deux conclusions :

1^o La forme du nez est à peu près identique à ce qu'elle est sur les photographies prises deux semaines après l'opération, ce qui prouve que la déformation ne doit pas nécessairement se reproduire ;

2^o Dans ces cas, la paraffine injectée peut être sentie sous forme d'une masse dure, bien limitée, occupant l'endroit même qu'elle occupait aussitôt après l'injection ; cette masse peut aisément être prise entre le pouce et l'index.

Deux fois, Walker Downie eut l'occasion d'intervenir pour enlever de la paraffine injectée deux et trois ans auparavant ; dans les deux cas, il trouva la paraffine finement divisée en petites particules séparées par des bandes de tissu, ce qui n'est pas le premier temps de la résorption, ainsi que le montre l'expérimentation faite à l'aide de paraffine fondu : « Celle-ci apparaît, sur une coupe, comme répartie en blocs de grosseur variable, les plus gros étant de la taille d'un pois ; ces masses, tantôt lobulées, tantôt plus irrégulières, se trouvent toujours entre les vésicules adipeuses qu'elles déplacent. La paraffine chemine entre les cellules graisseuses le long des trabécules conjonctives (¹) ».

(¹) Communication au *British medical Association*, 1902.

Voici la technique de l'auteur (¹) : il se sert de paraffine fusible à 41 ou 42 degrés, qu'un courant électrique fait fondre en chauffant l'aiguille à injection. Ce moyen évite de brûler la peau et n'exige l'emploi d'aucun anesthésique. Walker Downie a pratiqué ainsi près de 140 injections, et a obtenu de très bons résultats.

Discussion.

STEPHEN PAGET, absent lors de la précédente séance, proteste contre l'opinion du médecin allemand qui prétend que la paraffine se comporte comme un corps étranger ou se résorbe. Il faut choisir ses cas (peau saine, mobile) et sa paraffine (fusible à 48 ou 50°). La plupart des accidents sont dus à un excès de paraffine ou à l'usage de paraffine à point de fusion trop bas.

SCANES SPICER objecte la suppuration si difficile à éviter parfois malgré les plus grandes précautions antiséptiques ; il n'a pas eu de résultats encourageants.

DE SANTI ne pense pas que les adhérences profondes de la peau à l'os soient une contre-indication absolue aux injections de paraffine.

WALKER DOWNIE n'a pas l'expérience de la paraffine froide ; *a priori*, il ne lui semble pas que celle-ci puisse s'incorporer aussi intimement que la paraffine fusible ; elle doit résister moins bien aux pressions et aux traumatismes.

WALKER DOWNIE. — **Deux cas d'œsophagotomie pour extraction d'un dentier.** — Un cas fut opéré d'urgence, le malade présentant de l'œdème sous-cutané du cou. L'autre fut opéré après des essais infructueux pratiqués à l'aide de l'œsophagoscope de Killian ; dans ce cas, la pression du dentier avait produit une plaque de nécrose sur la paroi œsophagienne.

Incision en avant du sterno-mastoïdien gauche ; extraction du corps étranger ; pas de suture de la paroi de l'œsophage ; la plaie légèrement bourrée peut bourgeonner. Résultat merveilleux. Une sonde nasale permettant d'alimenter le malade est laissée deux ou trois jours en permanence. Guérison rapide sans la moindre complication.

BROWN KELLY. — **Syphilis congénitale hyperplasique ; sténose du larynx.** — Respiration striduleuse ; la sténose laryngée est due

(¹) *British medical Journal*, novembre 1902.

à l'hypertrophie des arylénoïdes qui forment deux masses lisses, rouges et symétriques. Epaisseissement analogue du voile du palais et de la luette. Le traitement antispécifique ne donne qu'une légère amélioration. Il s'agit d'un de ces cas assez rares, décrits pour la première fois par Félix Semon et caractérisés par l'infiltration uniforme et symétrique, l'absence d'ulcération, la résistance au traitement et la tendance à l'œdème aiguë du larynx et à la suffocation.

BETHAM ROBINSON. — **Cas d'angio-fibrome de la cloison.** — Tumeur aspect de granulome mou remplissant les parties inférieures et postérieures des fosses nasales. Insérée sur la cloison, extrêmement vasculaire, cette masse est enlevée à l'aide d'un polypotome et son insertion cautérisée. Macroscopiquement, la tumeur ressemble à du sarcome ; le microscope montre un tissu fibreux très vasculaire ; les espaces vasculaires sont très dilatés ; quelques-uns contiennent un caillot. Pas de récidive.

SURTHWAITE. — **Malade présenté en juin 1905, avec un épaisseissement de la corde droite que l'on crut de nature maligne ; présentation nouvelle pour un nouveau diagnostic.** — Smurthwaite rapporte l'histoire de ce malade qui avait été considéré comme porteur d'un épithélioma tant par les cliniciens que par les anatomistes et qui guérit après l'extraction de la masse par les voies naturelles, extraction qui fut faite en vue d'une biopsie. Actuellement, le malade est presque guéri, et les membres de la société qui l'ont vu neuf mois auparavant reconnaissent l'erreur de diagnostic général.

PEGLER. — **Syphilis secondaire des cordes vocales chez une jeune fille de 20 ans.** — Plaques muqueuses des cordes.

WAGGETT. — **Absence de choane droite chez un garçon de 17 ans.** — Cas intéressant, comme le fait remarquer Saint-Clair Thompson, car il vient à l'encontre de l'expérience si souvent citée de Ziem qui obture une des narines des jeunes chiens et voit une asymétrie complète apparaître. L'obstruction ici est postérieure ; elle est antérieure dans les expériences de Ziem (H. J. Davis). L'occlusion ne serait pas complète, et il y aurait un peu d'asymétrie (Scanes Spicer).

FURNISS POTTER. — **Rétention kystique de l'amygdale gauche.**

PEGLER. — Coupe d'un angiome nasal, extrait du plancher du méat inférieur chez une jeune fille de 15 ans, par Kelson.

DE SANTI. — Immobilité de la corde droite chez une femme déjà présentée à la Société (5 mai 1905). — Depuis dix mois, l'état n'a pas changé. Lors de la première présentation, les avis étaient partagés. Scanes Spicer songeait à un anévrysme (radiographie négative). Félix Semon hésitait entre une paralysie et une immobilité mécanique ; il suggéra la possibilité d'une ankylose congénitale de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Dundas Grant pensait à un épithélioma, Horne à de la tuberculose ; Barwell croyait à de l'ankylose.

Soumise au traitement, la malade vit tous les signes fonctionnels (toux, enrouement, douleur) disparaître ; l'examen objectif reste le même. L'auteur pense à une immobilité mécanique d'origine congénitale, spécifique ou rhumatismale.

WAGGETT, DAVIS et WATSON WILLIAMS croient également à une lésion articulaire et éliminent la paralysie.

Séance du 6 avril 1906.

Président : CHARTERS J. SYMONDS

H. J. DAVIS. — Perte subite de la voix. — Un malade, âgé de 43 ans, a brusquement perdu la voix il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement ; les cordes sont le siège d'une congestion subaiguë ; la corde gauche est immobile.

L'auteur pense que l'immobilisation de la corde datait de quelque temps et qu'il s'y est surajouté une attaque de laryngite aiguë ou subaiguë. Il s'agit probablement d'une coïncidence, car il ne connaît pas de maladie capable de produire une immobilité unilatérale en quinze jours. Il ne paraît d'ailleurs pas y avoir eu de perte de la voix auparavant. L'examen de la poitrine ne révèle ni anévrysme, ni tuberculose, quoique le malade accuse de l'amaisissement.

Discussion.

CRESWELL BABER. — La bande ventriculaire gauche est tuméfiée. Sans pouvoir se prononcer, il pense qu'il s'agit de syphilis ou de tuberculose.

ATWOOD THORNE. — Le malade raconte une histoire de fracture de la base du crâne qui serait survenue il y a deux ans.

DUNDAS GRANT pense que le cas peut plutôt être décrit comme immobilisation de la corde vocale gauche que comme paralysie. Il pense que cette immobilisation est due à un processus mécanique local. Il ne pense d'ailleurs pas que cette immobilisation ait pu survenir en un laps de temps aussi court autrement que par arthrite aiguë, laquelle se serait certainement accompagnée de douleur. Il s'agit probablement d'un vieux trouble spécifique et la perte subite actuelle de la voix doit être rapportée à une laryngite aiguë.

SAINTE-CLAIR THOMSON pense que le diagnostic peut être circonscrit entre la spécificité et la tuberculose. Le malade déclare qu'il a maigri de 12 kilogrammes, ce qui est considérable. Thomson a l'impression de voir quelque chose comme une ulcération.

Il convient qu'il y a immobilisation et non paralysie et qu'il y a de l'infiltration diffuse autour de la corde.

CH. J. SYMONDS. — La pâleur générale du larynx, jointe à la grande perte de la voix, le porte à penser à la tuberculose. Les cordes se rapprochent bien.

DAVIS. — Si la paralysie de la corde gauche était survenue concomitamment avec la laryngite, il y aurait au moins parésie de l'autre corde. Le malade devait avoir ce trouble depuis quelque temps, et la laryngite aiguë a probablement appelé l'attention sur lui.

DAVIS. — **Obstruction nasale.** — Un homme de 62 ans se plaint d'obstruction nasale droite durant depuis quatorze semaines et ayant suivi une paralysie faciale ; l'asymétrie des deux ouvertures narinaires est très marquée.

Sous l'influence du traitement électrique, l'état fut amélioré.

Discussion.

CRESWELL BABER appelle l'attention sur la déviation du septum ; le bord antérieur du cartilage est projeté dans le vestibule droit et contribue à l'obstruction.

WILLIAM HILL a vu quelquefois cela après les paralysies faciales otitiques. Il y a deux semaines, un de ses malades avait une paralysie faciale ; mais une grande partie des mouvements était revenue ; il était gêné pour respirer par la narine gauche.

E. B. WAGGETT. — *Absence de la choane droite* (communiqué à la séance précédente). — Il s'agit d'un garçon de 17 ans qui avait présenté des symptômes révélateurs de l'obstruction de la choane droite. La face était développée symétriquement.

Discussion.

WILLIAM HILL, CRESSWELL BABER, DONELAN, SCANES SPICER discutent sur la valeur exacte du mot *choane*.

WAGGETT. — J'ai apporté cette observation parce qu'il s'agit d'un cas rare. Ce garçon n'a jamais respiré par sa narine droite ; celle-ci était bien conformée, sauf que la choane était bloquée par un mur osseux. La face était symétrique, le palais bien conformé, probablement parce que la respiration était suffisante par la narine gauche qui était grande. Cette obstruction nasale n'a amené aucun trouble consécutif. Le malade a actuellement des végétations adénoïdes et du catarrhe ; trois mois auparavant il a eu une otite moyenne subaiguë double.

DUNDAS GRANT rappelle un cas présenté par lui en décembre 1893, d'obstruction choanale avec asymétrie faciale, mais du côté opposé. Peu après Baber a présenté un cas analogue, où l'obstruction était partiellement osseuse et partiellement membranueuse.

LAMBERT LACK. — Le grand intérêt de ce cas vient de ce que les dents sont également irrégulières des deux côtés, que le palais est également haut des deux côtés et que la face est aussi symétrique que celle de la plupart du monde. Ces points ont une grande importance. Si, en effet, comme le soutient l'auteur, la difformité est le résultat direct de l'augmentation de tension des tissus mous des joues, qui résulte elle-même de l'habitude de garder la bouche ouverte, — dans ces conditions le côté où siège l'obstruction n'importe pas ; il suffit qu'il y ait insuffisance nasale respiratoire et que le malade soit contraint à garder la bouche ouverte. Le résultat de cette dernière cause est de rendre la difformité symétrique ; aussi, dans un cas déjà présenté où le malade avait un côté de la face paralysé depuis longtemps et ne pouvant donc produire d'augmentation de pression, la difformité était unilatérale.

Ces deux cas pris ensemble sont la meilleure preuve de la théorie soutenue.

SCANES SPICÉR. — Il est important de savoir si il y a ou non de l'asymétrie faciale. A un examen approfondi il pense qu'il y en a ; il serait d'ailleurs utile de faire des mensurations anthropométriques. Le côté gauche est plus large que le droit. Personne ne pense que la respiration nasale est le seul facteur influant sur l'évolution de la face. Ziem (*Monatschr. f. Ohr.*, 1883) cite d'autres facteurs ; et une obstruction nasale unilatérale ne produit pas une telle différence entre les deux côtés que des mensurations précises ne soient superflues. Il faut aussi examiner les yeux, car on trouvera probablement une différence dans la forme des globes oculaires et de l'astigmatisme. En bien des points la physionomie de ce garçon est inhabituelle et particulière.

Mais même en supposant que la face du malade soit symétrique, chaque fois que l'auteur l'a examiné, il a trouvé le côté gauche aussi obstrué que le droit ; il y a donc pratiquement une sténose bilatérale. Le cas de Zaufal (rapporté par Ziem) est analogue : obstruction osseuse d'un côté, obstruction catarrhale de l'autre.

J. SYMONDS. — J'ai eu une série de cas d'atrésie congénitale des choanes uni et bilatérales ; dans les unilatérales, il n'y avait certainement pas d'asymétrie. Dans les deux cas, il y eut amélioration après opération. Au cours des interventions, j'ai remarqué une petite formation membraneuse entre les deux bords osseux de la choane.

LOGAN TURNER. — L'étude de l'asymétrie doit porter non seulement sur la face, mais les membres.

WAGGETT. — Il y a trois mois que je suis le sujet. Dans les premiers temps, il respirait très bien par le nez. Puis ses adénoides sont devenues gênantes et doivent être enlevées. Je ne sais pas encore si j'opérerai le nez. L'asymétrie faciale n'est pas plus grande que chez bien des sujets.

Quelques-uns pensent que le développement des sinus est en rapport avec la respiration. Cependant chez le sujet, le sinus maxillaire est très bien développé. Je considère la langue comme le principal facteur de la conformation de la bouche et avec les masseters elle façonne le squelette facial. Si il y a respiration buccale, la langue ne peut modeler le palais ; dès lors les arcs alvéolaires ne se développent pas latéralement, et il en résulte un palais étroit.

Chez ce garçon, grâce à la perméabilité de sa narine gauche, la respiration nasale s'est faite largement et la langue a convenablement modelé le palais ; aussi celui-ci est-il symétrique.

KELSON. — **Ulcération de la corde gauche.** — Le patient a été enrhumé il y a trois mois ; il n'a pas maigrì, rien aux poumons ; mais il a des antécédents familiaux de tuberculose. Pas de syphilis. La moitié postérieure de la corde gauche est ulcérée, mais elle se meut bien. Corde droite normale. Pas de ganglions.

DUNDAS GRANT pense qu'il s'agit de tuberculose.

SCANES SPICER à cause de l'aspect rouge croit à de la syphilis.

KELSON, à une demande du président, répond que l'iode a été administré pendant deux mois sans résultat.

H. J. DAVIS. — S'il s'agissait de tuberculose ce traitement aurait aggravé les lésions.

H. SMURTHWAITE. — **Présentation d'instruments pour résection sous-muqueuse.** — 1^e Une rugine courbe, pour décoller la muqueuse après incision de celle-ci.

2^e Un bistouri à tranchant dirigé suivant le grand axe du manche pour inciser le cartilage sans blesser la muqueuse du côté opposé.

Ces instruments permettent de simplifier les deux principales difficultés de l'opération.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Sténose de la glotte.** — Il s'agit d'une fille de 16 ans, que l'auteur montre pour diagnostic ; celui-ci est à faire entre un spasme fonctionnel des adducteurs et une paralysie bilatérale. Il penche vers la première hypothèse. Il y a un mouvement spastique continu des arytenoïdes, quoique les cordes ne se portent pas en abduction. Prise à l'hôpital et surveillée, la malade dort tranquillement ; le stridor se développe seulement quand on fait attention à elle.

SCANES SPICER. — C'est un spasme fonctionnel tonique adducteur avec crises de spasmes cloniques.

DUNDAS GRANT, à l'inverse d'ATWOOD THORNE, trouve le côté gauche immobile, tandis que le droit a quelque mouvement. Il s'agit d'hystérie ; la malade présente d'ailleurs de l'anesthésie pharyngée et de l'exagération des réflexes.

FITZ GERALD POWELL. — Il s'agit de parésie des abducteurs, mais non de paralysie car il y a quelque mouvement dans la corde gauche. Il inclinerait à mettre en cause la toxine diphtérique, puisque un an avant on l'aurait soigné en Russie pour de la diphtérie.

DE SANTI rappelle un cas analogue présenté récemment et que

certains prirent pour une double paralysie des abducteurs ; tout disparut sans anesthésie. On pourrait faire de même dans le cas présent ; et il pense qu'elle respirera alors librement.

SMURTHWAITE. — Le début a été brusque ; c'est en faveur de l'hystérie. Les cordes ne viennent pas en contact, mais sont séparées par un espace semi-lunaire.

SAINT-CLAIR THOMSON. — Une corde semble mieux se mouvoir que l'autre ; c'est donc contre l'hypothèse d'un trouble fonctionnel ; primitivement faite à cause du stridor qui se développa chez la malade avant l'examen et qui disparut la nuit.

LOGAN TURNER. — **Larynx d'un enfant mort subitement.** — On voit un large papillome inséré sur la corde gauche. Presque toute la lumière du larynx au-dessus du plan de la fente glottique est remplie par la tumeur. L'enfant âgé de 10 ans avait toujours eu une bonne santé. La mère déclare qu'elle avait parfois constaté un léger enrourément, mais insuffisant pour nécessiter l'intervention du médecin. Il n'a jamais présenté de troubles de la respiration ni de sensation de suffocation ; il jouait avec les autres enfants. Il mourut subitement en dinant sans aucun phénomène prémonitoire et parut suffoquer.

LOGAN TURNER. — **Kératose du larynx.** — Malade de 64 ans entré à l'hôpital pour enrourément et quelque douleur dans la gorge. Il a travaillé dans les mines pendant trente-cinq ans. Il est sujet à de l'asthme depuis vingt ans. Ses occupations actuelles l'exposent à toutes sortes de temps.

Il y a un an, il attrapa un rhume intense ; depuis il est toujours enrouré. Dans les trois derniers mois il se plaint de douleur dans la région laryngée. Il tousser et crache.

Rien au nez ni au pharynx. Par contre, le larynx présente un aspect anormal. La face supérieure de la corde droite présente sur toute sa longueur une apparence mammillaire, le bord libre ayant un contour irrégulier. En arrière cet aspect s'étend à la bande ventriculaire. Les deux tiers antérieurs de la corde gauche présentent le même aspect ; le tiers postérieur et la bande gauche sont normaux. Les parties atteintes sont blanc-verdâtres.

A un examen plus attentif, on avait l'impression que les parties atteintes étaient recouvertes par une membrane ferme, formée d'une série de petites pointes d'épingles en saillie sur la muqueuse environnante. Mr. Bride qui vit le malade avec moi émit l'opinion qu'il s'agissait d'une kératose probable du larynx. Opinion confirmée par l'examen microscopique d'un fragment biopsié.

Les saillies sont formées par de nombreuses couches de cellules épithéliales cornées, dont les plus superficielles desquament. Quelques-unes des couches plus profondes paraissent dissociées. Vers la base de la saillie, l'aspect stratifié disparaît et on voit une couche épaisse de cellules épithéliales.

Çà et là sur la surface se voient des paquets de mycélium ramifié, appartenant évidemment à quelque leptothrrix.

Discussion.

PEGLER. — Il n'y a que 4 cas analogues de publiés. Il croit que le malade de Scanes Spicer, avec de petites saillies blanches sur les cordes, présenté à la dernière séance, était un cas de kératose dû au leptothrrix ou au mycosis.

LOGAN TURNER. — **Pachydermie du larynx.** — Femme de 25 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents familiaux. Quatre ans avant survint un enrouement qui persista depuis plus ou moins. Pas d'expectoration ; rien à l'examen de la poitrine.

Rien dans le nez et le pharynx. Au laryngoscope la zone interaryténoïdienne est occupée par une infiltration gris blanchâtre, d'aspect inégal. Le tiers postérieur de la corde droite a une apparence déchiquetée, ulcérée. Corde gauche normale. La longue durée et l'absence de tuberculose pulmonaire plaident en faveur du diagnostic de pachydermie.

LOGAN TURNER. — **Papillome diffus du larynx.** — Femme de 24 ans souffrant d'enrouement permanent depuis huit ans, avec une difficulté croissante pour respirer ; pas de crachement de sang, mais elle a craché quelquefois comme des petits morceaux de chair. Son père est mort tuberculeux.

A l'examen, le larynx n'était pas reconnaissable ; les cordes, les bandes, la face postérieure de l'épiglotte étaient recouvertes d'un tissu papillomateux diminuant considérablement la lumière de la cavité.

La tumeur, à part un ou deux fragments, a été enlevée morceau par morceau par des opérations endolaryngées. Au microscope, on ne voit que la structure d'un papillome simple.

LOGAN TURNER. — **Fibrome du larynx.** — Chez un homme de 33 ans qui se plaignait depuis plusieurs mois d'un léger enrouement, l'examen montra une petite tumeur rose insérée sur le bord

libre de la corde gauche à la jonction des tiers antérieur et moyen. La tumeur était pyriforme, à grand axe, suivant le diamètre antéro-postérieur de la corde, à grosse extrémité antérieure, insérée par un court pédicule au niveau de son centre. Pendant la phonation elle était inclinée sur la corde gauche, permettant aux cordes de se rapprocher, ce qui rend compte du peu d'enrouement.

LOGAN TURNER. — 1^o Tumeur, lobulée, encapsulée, insérée à la paroi postérieure du naso-pharynx, se traduisant cliniquement comme une tumeur simple, mais se montrant au microscope comme du sarcome, chez un homme de 30 ans. Le début semble remonter à deux ans. La tumeur n'a pas récidivé un an après son ablation ;

2^o Ulcération et destruction du palais mou et de la paroi postérieure du pharynx, chez une syphilitique ;

3^o Diaphragme formé de tissu fibreux dense séparant complètement le pharynx du naso-pharynx, à l'exception d'une petite ouverture circulaire médiane, chez une héréo-syphilitique de 20 ans ; à l'opération on trouva les deux choanes complètement obstruées par le tissu fibreux ;

4^o Grand kyste de la bande ventriculaire droite, chez un homme de 47 ans, enroué depuis deux ans. Depuis les trois derniers mois, il avale difficilement l'eau ; car à ce moment il étouffe. Les solides passent facilement. Depuis peu, pendant l'effort il a quelque difficulté à respirer ; mais jamais au repos ou dans la position couchée.

Le larynx se montre presque complètement rempli par une tuméfaction grande, sphérique, lisse, occupant la bande ventriculaire droite et cachant à la vue les cordes et une partie de la bande gauche. La tuméfaction s'étend en dehors et comprend le repli aryteno-épiglottique droit, le dépassant même ; en avant, elle s'étend sur la face postérieure de l'épiglotte. Elle a un aspect tendu ; les vaisseaux de sa surface sont dilatés ; elle donne l'impression d'avoir un contenu liquide.

L'incision fut faite sous cocaine ; elle s'affaissa immédiatement, donnant issue à un liquide clair, gélatiniforme. Un peu d'épaississement de la bande droite persista, mais au bout d'un an toute trace de kyste avait disparu.

DE SANTI. — Tumeur maligne du naso-pharynx chez une femme

de 50 ans. — La malade a une tumeur en forme de chou-fleur dans le naso-pharynx, ayant proliféré au-dessous du plan du voile. Cette tumeur est dure au toucher et repose sur une base étendue. Il y a les ganglions profonds du cou. Elle souffre de la gorge depuis l'été. L'auteur demande l'opinion de la Société au sujet d'une intervention. Lui-même considère la tumeur comme trop étendue pour être opérée.

Discussion.

CRESSWELL BABER. — A-t-on donné de l'iodure du potassium.

J. SYMONDS. — La tumeur paraît trop profonde pour être opérée. Les ganglions sont ramollis ; mais il n'est pas possible de dire si ils sont infectés.

LOGAN TURNER. — Il faudrait donner de l'iodure. Les ganglions cervicaux caractéristiques d'une affection maligne manquent.

DE SANTI. — L'iodure sera donné, quoique il est probable que le malade n'en retirera pas de bénéfice. Il y a des ganglions profonds dans le cou.

CHARTERS SYMONDS. — **Carcinome du naso-pharynx.** — Un malade, âgé de 55 ans, vient me consulter pour un ganglion du côté droit du cou, un peu de surdité et de l'obstruction de la narine droite. On trouve une tuméfaction ronde, très visible, ´tendue ´ la trompe d'Eustache droite et obstruant la narine droite. La tumeur est lisse, fermement attachée au pharynx, non ulc r e , mais a saigné un peu au toucher. Le long du sterno droit il y a un ganglion gros et deux petits.

Comme la tumeur ne paraissait pas op r able, on y appliqua de l'arsenic ; au bout de quinze jours, il y eut amélioration nette des ganglions cervicaux qui diminuèrent de volume ; mais la tumeur demeure stationnaire pendant quelque temps. Puis elle s'accrut considérablement et maintenant elle s'étend vers le voile.

Discussion.

J. SYMONDS. — La tumeur est inop r able.

DUNDAS GRANT. — Il s'agit de savoir si l'immobilité de la moitié droite du voile est due ´ une pression mécanique de la tumeur ou ´ un envahissement du nerf vague.

J. SYMONDS. — Il s'agit d'un effet mécanique ; le palais n'est pas infiltré mais projet  en avant.

CARSON. — Grande tumeur sessile de la région arytenoïdienne gauche chez une femme.

Discussion.

WILLIAM HILL. — La corde se meut très bien de ce côté ; l'aryténoïde n'est pas très pris ; mais la tumeur vient de la partie supérieure et postérieure du cricoïde. Ce doit être un sarcome.

SCANES SPICER. — C'est un fibrome ulcétré.

J. SYMONDS craint qu'il ne s'agisse d'épithélioma du pharynx, venant d'en bas et étendu à la région arytenoïdienne. On peut voir une surface largement ulcérée. Au toucher, la tumeur n'est pas aussi dure qu'un épithélioma ordinaire. Il y a peu à faire en l'espèce.

DE SANTI. — C'est un épithélioma pharyngé analogue à ceux décrits par Glück. Le seul traitement serait d'enlever tout le pharynx et le larynx, à la manière de Glück ; mais c'est là une opération très grave.

CARSON. — Il ne sera pas difficile de faire un examen biopsique ; le résultat sera rapporté ultérieurement.

CARSON. — Tumeur ulcérée sur la ligne médiane du pharynx et ulcération du pilier postérieur du voile chez un homme.

Discussion.

DUNDAS GRANT. — Le diagnostic se localise entre la gomme et l'épithélioma. La dureté intense des parties entourant l'ulcération fait penser à un épithélioma ; mais l'absence de douleur est difficile à expliquer. Cela ne suffit d'ailleurs pas à exclure l'épithélioma.

FURNISS POTTER. — Immobilisation de l'aryténoïde droit chez une femme de 40 ans (présenté par Davis pour diagnostic).

Discussion.

J. SYMONDS. — Il y a quelque mouvement de la corde, quoique l'aryténoïde semble fixé.

J. DAVIS. — Les symptômes ont débuté il y a huit mois et Potter pense qu'il est très spécial que l'aryténoïde soit fixé alors

que la corde du même côté se meut. Davis pense qu'il s'agit d'une fixation mécanique de l'aryténioïde.

DONELAN. — Tuméfaction de la partie supérieure du septum nasal chez une femme de 24 ans (pour diagnostic).

DE SANTI. — Tumeur de la partie gauche de la langue chez un enfant de 12 ans. — Ce malade avait été envoyé pour l'opérer d'adénoides et d'amygdales. A l'examen de la bouche, le côté gauche de la langue est occupé par une hypertrophie papillaire occupant presque toute sa longueur. Le seul trouble pour le patient est l'interposition de la masse papillaire entre les dents.

Discussion.

DAVIS. — Il s'agit de lymphangectasie.

J. SYMONDS. — C'est une hypertrrophie simple, car elle ne s'affaisse pas à la pression, et d'origine congénitale. Ce qui décide-rait à opérer, c'est la gêne causée au malade.

DUNDAS GRANT. — Infiltration, avec immobilisation de la corde vocale droite chez un homme de 46 ans. — Le malade faisait autrefois un grand usage de sa voix. Il fut vu pour la première fois en mars 1905 à l'occasion d'un enrourlement, allant presque à l'aphonie. On trouva une tuméfaction de la partie antérieure de la corde vocale droite et une petite tumeur ayant l'aspect d'un fibrome. On enleva partiellement celle-ci et le malade fut alors perdu de vue. En octobre 1905, il revint avec une tuméfaction rouge totale de la corde vocale droite, sous laquelle on pouvait voir une petite ulcération ovale, d'apparence superficielle. Cet aspect fut considéré comme étant probablement tuberculeux, d'autant que deux des enfants du malade étaient tuberculeux. Cependant, il n'y avait rien à la poitrine et pas de bacilles dans les crachats.

Actuellement on trouve que l'infiltration s'étend à la bande ventriculaire et que la mobilité de la corde est notablement diminuée.

Dans quelle mesure n'aurait-on pas à faire à une affection maligne ?

Discussion.

J. SYMONDS. — Il est très difficile d'être fixé ; mais la corde gauche est un peu œdématisée.

SAINTE-CLAIR THOMSON. — S'il n'y a pas eu de traumatisme, il croit à une fixation maligne de la corde ; il y a un aspect purpurin sur toute la corde.

ATWOOD THORNE. — Y a-t-il eu examen microscopique de la partie enlevée ?

GRANT. — Quand on vit le malade pour la première fois, il y a un an, il semblait qu'il s'agissait d'un simple tissu de granulations : La portion enlevée n'était pas suffisante pour permettre un examen microscopique.

Séance du 4 mai 1906.

Président : CHARTERS J. SYMONDS

H.-J. DAVIS. — 3 cas d'infection syphilitique dans une famille. Propagation par les lèvres (?) (Avec photographies). — Le premier malade qui présenta de la syphilis fut un enfant de 11 ans, vierge, soignée d'abord par Abraham l'automne dernier pour une éruption cutanée et une angine non douteuses. Traitée par le mercure, l'éruption se dissipa rapidement.

La grand'mère gardait et dormait avec l'enfant pendant sa maladie. En décembre, elle devint malade et vint me voir en février avec angine, ganglions, éruption typique, iritis. Pas de trace d'accident primitif.

Il y a quinze jours la tante de l'enfant (qui n'habitait pas avec les précédentes malades) consulta Baldwin pour un chancre de la narine droite. A présent elle a des plaques sur les amygdales, de la roséole.

Il n'y a pas de doute que la femme contracta la maladie de sa petite-fille, et la communiqua à la tante de celle-ci, par une infection orale.

Discussion.

J. SYMONDS. — Comment l'enfant a-t-elle été infectée ?

DONELAN demande aussi comment la famille a été infectée. En parcourant la littérature des chancres extra-génitaux, il a vu que dans certains cas la seule voie possible de l'infection était l'usage de cuillers, etc. ; il en fut ainsi dans une famille où le sommelier avait de la syphilis buccale. Et il est étonnant que les chancres extra-génitaux ne soient pas plus fréquents maintenant que les restaurants sont bien plus fréquentés qu'autrefois.

ASLETT BALDWINN. — Ce cas de chancre nasal est intéressant à cause de sa rareté et aussi à cause de sa ressemblance avec une affection maligne ; aussi plusieurs de ceux qui le virent la première fois songèrent à ce diagnostic.

DAVIS. — L'enfant était allée en juillet dernier à une fête et les premiers symptômes furent une angine sévère. La grand'mère contracta la maladie vers Noël, sans signe d'accident primitif et quelques mois plus tard la tante avait un chancre nasal. Abraham dit que dans l'Afrique du sud il n'est pas rare de voir la syphilis familiale évoluer sans manifestation d'accident primitif, mais simplement avec une angine et une éruption cutanée. Il n'a jamais vu cela en Angleterre.

D.-R. PATERSON. — 1^o Extirpation d'un hameçon de l'œsophage, par l'œsophagoscopie, chez un enfant de 13 ans.

2^o Dentier avalé pendant le sommeil, arrêté à la hauteur de la fourchette sternale et retiré par l'œsophagoscopie.

3^o Skiagramme du cou d'un garçon ayant un morceau de viande arrêté dans l'œsophage. — L'obstruction était telle que rien ne pouvait passer. Des tentatives furent faites avec des sondes pour repousser l'obstacle, et une force considérable fut dépensée sans résultat. Vingt-quatre heures après son admission, l'enfant paraissait très malade, avait de la température et une grosse tuméfaction sur le côté gauche du cou, avec l'emphysème net. Sous chloroforme on constata une grande tuméfaction et de l'œdème de l'œsophage et du sinus pyriforme gauche. Par le tube œsophagienn, on retira un morceau de bœuf tassé au niveau du cricoïde ; il y avait un rétrécissement de l'œsophage à ce niveau. La déglutition fut alors rétablie. Une guérison graduelle survint. Des

dégâts considérables avaient été produits par les tentatives d'extraction ; et ce cas montre qu'elles doivent être proscribes, surtout maintenant que nous possédons des instruments de précision.

D.-R. PATERSON. — Paralysie récurrentielle gauche et paralysie du voile du palais associée à une affection de l'oreille moyenne et à une paralysie du facial du même côté. — Une femme âgée de 24 ans remarqua de la surdité dans l'oreille gauche qui fut suivie trois ou quatre semaines après de paralysie faciale. Six mois plus tard apparut de l'affaiblissement de la voix, avec une certaine inhabileté de la déglutition, mais inconstante. Actuellement, le récurrent gauche est paralysé et le voile est flaccide de ce côté. La paralysie faciale gauche est complète. La malade n'entend rien de cette oreille. La conduction osseuse est augmentée ; le méat est tuméfié et a un aspect rouge vif. A cause de cette tuméfaction, on ne peut voir la membrane. Il n'y a pas de céphalée ; les yeux sont normaux. Depuis deux mois, il n'y a pas de changement.

Discussion.

DUNDAS GRANT. — L'ensemble des troubles nerveux fait penser à quelque chose près de la pointe du rocher, tuberculose ou cancer ; contre cette dernière hypothèse il faut noter l'absence de ganglions. Y a-t-il quelque chose dans le naso-pharynx.

BARWELL. — La surdité traduisait-elle une lésion labyrinthique ou une lésion de la caisse.

SAIN-TCLAIR THOMSON. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue il y a huit ans. Un homme de 36 ans avait de la difficulté de la déglutition, et une paralysie récurrentielle gauche. — Un an et demi avant le malade avait été soigné pour une maladie de Ménière. Il mourut d'une tumeur intra-crânienne ; il n'y avait pas de ganglions et la marche fut très lente.

DONELAN. — Il s'agit d'une forme anormale du syndrome d'Avellis. L'origine est antrale ; peut-être s'agit-il d'une tumeur ou d'une embolie affectant la protubérance.

CLAYTON FOX. — Y a-t-il eu des vertiges. Il semble qu'il s'agisse d'un sarcome de la dure-mère, parti de la face postérieure du rocher et ayant envahi les septième, huitième, neuvième et dixième paires.

WILLIAM HILL. — Il est possible que l'affection auriculaire n'a rien à faire avec la lésion nerveuse qui a produit la paralysie faciale et la paralysie du récurrent.

PATERSON. — Il n'y a rien dans le naso-pharynx, ni suppuration de l'oreille, ni vertiges. La surdité et la paralysie faciale sont contemporaines. — On a donné, sans résultat, 30 grammes d'iode par jour; et d'après le malade il n'y a pas eu pour ainsi dire de changement en deux ans.

H. PEGLER. — *Ulcération bilatérale de la partie postérieure des cordes chez un homme.* — Il y a eu une amélioration temporaire sous l'influence de l'iode.

Discussion.

DUNDAS GRANT. — C'est un beau cas de pachydermie. Le malade a eu des métiers nécessitant des efforts excessifs de la voix.

J. SYMONDS pense aussi que c'est un cas de pachydermie à cause de la mobilité des cordes, des points déprimés, entourés de tissu mou.

PEGLER. — C'est aussi dans une certaine mesure mon opinion, quoique la profondeur des ulcérations ne fasse pas penser à une forme typique de pachydermie.

A. PETERS. — *Présentation d'une nouvelle scie nasale.*

Discussion.

J. SYMONDS. — Quel est le but de la concavité de la scie.

H. TILLEY. — Dans quel cas l'emploie-t-on.

PETERS. — La scie est très rigide et la concavité s'adapte à la direction du tranchant. L'opération sous-muqueuse est difficile dans certains cas, particulièrement quand le plancher est saillant. Il y a cependant encore de la place pour une scie.

HERBERT TILLEY. — *4 cas de suppuration chronique du sinus frontal opérés par la méthode de Killian simplifiée.* — La simplification consiste à ne pas toucher au plancher du sinus; autrement le procédé est le même que dans l'opération de Killian.

Discussion.

DUNDAS GRANT. — Killian n'enlève pas toujours le plancher du sinus, ce qui augmente considérablement les délabrements. Il fit comme Tilley dans un cas récent et s'en trouva très bien ; il n'y eut pas de disformité. Le grand point de Killian est de respecter le rebord orbital ; que le plancher soit enlevé ou non. L'ouverture doit être faite à travers la branche montante du maxillaire ; cela donne un grand jour sur les cellules ethmoidales.

SCANES SPICER pense que d'aussi bons résultats peuvent être obtenus par les interventions pratiquées autrefois, c'est-à-dire par voie endo-nasale.

Il faut se garder de dire qu'un sinus est guéri parce qu'on ne voit plus de pus, car souvent après une cure apparente tout se rallume après un refroidissement.

STUARD LOW. — Il n'y a pas de cicatrices vicieuses dans les cas de Killian dont les résultats sont merveilleux. Cela est dû au soin qu'il met à affronter exactement les bords au moyen de fils d'aluminium.

Il est également incorrect de dire que l'on voit souvent de la diplopie survenir à la suite de l'ablation du plancher. La diplopie survient rarement même quand la trochilée est enlevée, ce qui arrive quelquefois.

HERBERT TILLEY. — Un bon résultat ne peut s'obtenir avec une petite opération que suivant la nature du cas. S'il y a infection des cellules ethmoidales, on doit faire une opération plus large que quand le sinus frontal est seul atteint.

La technique opératoire n'est pas encore arrivée à la perfection ; cependant les cas présentés sont aussi bons que possible comme résultat. Si l'on prend des précautions suffisantes pour la suture de la plaie on peut obtenir d'aussi bons résultats que partout.

CLAYTON FOX. — **Tuberculose du voile, du pharynx et de l'épiglotte.** — Il s'agit d'une malade âgée de 32 ans qui se plaignait de mal de gorge, douleur à la déglutition, de toux depuis sept mois. A l'examen on trouve des nodules hémisphériques gris blanchâtres sur les piliers et le voile, spécialement au-dessus et de chaque côté de la base de la luette ; quelques-uns se sont effondrés, faisant place à des ulcérations rondes, superficielles, avec une base grise, sans aréole inflammatoire.

A la jonction des piliers postérieurs et du pharynx, il y a de

chaque côté une ulcération allongée, superficielle avec une base gris jaune, des bords irréguliers, légèrement surélevés sur la muqueuse environnante. Le pilier antérieur gauche a une apparence lisses, rouge. Il y a une pâleur notable du voile. — Sur le bord libre de l'épiglotte il y a deux ulcérations allongées. Les deux arytenoïdes et la bande ventriculaire droite sont tuméfiés. A l'examen de la poitrine on trouve un sommet suspect. La malade a maigri, et a de la température ; il n'y a rien dans les crachats.

Huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital on trouve une ulcération de la grande lèvre gauche ne reposant pas sur une base dure, avec adénite inguinale légère. Pas d'éruption cutanée.

On a donné de l'iode et du mercure, et localement on a fait des attouchements à l'acide lactique. Après avoir discuté et repoussé l'hypothèse d'une infection syphilitique soit isolée, soit associée à de la tuberculose, l'auteur conclut à de la tuberculose pure à cause de l'aspect même des lésions, de la durée des manifestations pharyngo-laryngées sans apparition de déterminations cutanées, de l'absence de ganglions.

Discussion.

BARWELL. — Il s'agit de tuberculose seule.

CLAYTON FOX. — Oui, certainement, en ce qui concerne le pharynx et l'épiglotte. L'ulcération vulvaire par son aspect rappelle un chancre ; il est vrai qu'elle persiste depuis deux mois et n'a pas d'induration et ne s'accompagne pas d'adénite notable.

CHARLES PARKER. — Tuméfaction siégeant en dessous de la commissure antérieure des cordes avec un peu de dyspnée. — Déformation de l'épiglotte. — Tuméfactions dures des deux pavillons auriculaires. — La malade, âgée de 55 ans a vécu autrefois aux Indes et en Italie. Il y a huit ans, s'étant exposée à un grand froid, l'oreille gauche devint subitement douloureuse ; puis au bout de 24 heures elle augmenta de volume et devint très dure.

Cinq ans après, encore à la suite d'un grand froid, l'oreille droite fut prise de la même façon. — Depuis deux mois la malade souffre d'un rhume violent et a la sensation qu'elle a quelque chose dans le larynx qu'elle ne peut expectorer. Depuis six jours elle a de la dyspnée nette.

Actuellement les deux pavillons sont augmentés de volume, déformés, de consistance osseuse ; la peau est blanche et luisante.

Il n'y a rien dans la cavité tympanique ; l'audition est bonne. Le nez est plus ou moins en selle ; les fosses nasales sont normales. Rien au pharynx. — L'épiglotte est épaisse, jaune, donnant l'idée d'un épaississement cartilagineux. L'abduction des cordes est limitée. Au dessous de la commissure antérieure on peut voir une tuméfaction rouge s'étendant à la trachée. On peut sentir au cou, du côté gauche, un peu d'épaississement et une grande dureté des premiers anneaux de la trachée.

Discussion.

BUTLIN. — On pourrait peut-être songer à la goutte.

DAVIS. — Le cas ressemble à de la lèpre. Il y a la difformité faciale, l'infiltration et l'état de la peau des mains qui sont tout à fait caractéristiques de l'affection.

DUNDAS GRANT. — **Tumeur villeuse papillomateuse (probablement épithélioma) chez un vieux syphilitique. Caractères histologiques douteux.** — Un homme de 46 ans se plaint de douleur à la déglutition, sécheresse de la gorge, s'étant progressivement développées depuis deux ans ; dans les trois derniers mois, la malade a rendu un peu de sang.

A l'examen, la cavité laryngée est complètement cachée par une masse papillomateuse rouge, globuleuse, qui, au premier abord, semble s'être développée aux dépens de la face postérieure de l'épiglotte. Pendant la respiration et la phonation la moitié droite du larynx paraît se mouvoir ; après extirpation d'un fragment de la tumeur, on voit la corde droite normale.

A l'examen à la sonde la tumeur apparaît insérée sur la moitié gauche du vestibule laryngé. La corde gauche est complètement fixée, mais ne présente pas d'ulcération. La voix est pour ainsi dire normale.

L'examen microscopique de la biopsie montre un épaississement de l'épithélium avec de l'infiltration œdémateuse, mais sans signe net de processus néoplasique. Un fragment plus récemment enlevé et examiné par Wingrave (v. ci-dessous) a montré des caractères plus nets.

Il y a quelques ganglions sous angulo-maxillaires gauches. L'examen laryngoscopique fait penser fortement à un épithélioma ; mais à cause du résultat microscopique, l'auteur pense qu'il faut essayer le traitement spécifique.

WYATT WINGRAVE. — Préparation de la tumeur laryngée montrée par Dundas Grant. — Les fragments enlevés sont mous et friables, translucides, mamelonnés.

Ils consistent en cellules sphéroïdales étroitement tassées, dérivées évidemment de l'épithélium de revêtement des cordes. Ces cellules sont groupées en masses larges, séparées par un stroma très pauvre. Leurs noyaux sont énormes. Les divisions sont peu nombreuses. Il n'y a pas d'infiltrations lymphocytaires.

Il s'agit évidemment d'une tumeur épithéliale, du type papillomateux, mais nettement différente d'un papillome ordinaire, manquant également des caractères nets d'une tumeur maligne.

Discussion.

BUTLIN et ROBINSON. — Il s'agit d'une affaire maligne ; il est possible que le fragment à examiner n'était pas suffisamment caractéristique à cause du gros retentissement ganglionnaire, le cas n'est pas à opérer.

DUNDAS GRANT. — La biopsie a été pratiquée sur les parties profondes de la tumeur. Il faut essayer la chance du traitement spécifique.

DUNDAS GRANT. — Epithélioma du voile chez un homme de 60 ans. — Il y a une ulcération ovale, superficielle, de la dimension d'un shilling, située principalement sur la moitié gauche du voile, mais empiétant sur la voûte. La base n'est pas positivement indurée, mais les bords sont durs et légèrement éversés. Le patient se plaint de douleur à la déglutition, survenue graduellement depuis trois semaines. L'examen bactériologique a montré des bacilles spirillaires, et des organismes non spécifiques ; mais on ne peut dire qu'il s'agisse de spirochète pâle (Wingrave). Les cellules épithéliales obtenues par grattage ont été trouvées normales. Il y a des ganglions durs vers l'insertion supérieure du sternomastoidien gauche. Malgré le traitement spécifique, l'induration des bords a augmenté et le diagnostic d'épithélioma est probablement exact.

L'auteur se propose d'enlever la tumeur et les ganglions.

Discussion.

ROBINSON. — C'est un exemple intéressant de forme superficielle d'épithélioma, dont j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'opérer quelques cas.

SAINTE-CLAIR THOMSON. — La tumeur est trop étendue pour être opérée.

J. SYMONDS. — L'enveloppe des ganglions ne paraît pas avoir été rompue, et par conséquent ils sont opérables. Après cette opération, il faut opérer le palais qui est très favorable à l'intervention.

HERBERT TILLEY. — **Mycosis du voile.** — Un homme âgé de 42 ans, présente sur une muqueuse palatine enflammée immédiatement au-dessus de l'amygdale droite, une zone recouverte d'une vingtaine de pustules de la dimension d'un grain de chênevis. Le malade se plaint de douleur à la déglutition ou quand on déprime la langue. Ces signes existent depuis sept mois.

Discussion.

J. SYMONDS. — Il doit s'agir de leucoplasie ; la formation de petites plaques isolées n'est pas rare au palais.

Cet état doit avoir une base syphilitique.

Il a eu l'occasion de la voir près d'un épithélioma ; aussi pour éviter, en l'espèce, cette transformation possible, il propose l'ablation de la muqueuse malade.

STUART LOW. — Pense à un épithélioma. Le malade se plaint de douleur à la déglutition ; au toucher, très douloureux, on peut sentir un certain degré d'induration.

Séance du 4^e juin 1906.

Président : CHARTERS J. SYMONDS

RAPPORT DE LA « COMMISSION DES TUMEURS »

1^o Hyperplasie de la luette présentée en décembre 1905 par Brown Kelly : la commission confirme le diagnostic.

2^o Tumeur naso-pharyngée présentée en février 1906 par Stewart Low : il s'agit de carcinome.

SCANES SPICER. — **Cancer inopérable de la gorge, du pharynx, de la langue et des ganglions cervicaux ; amélioration notable après un traitement de dix semaines par la vaccination bactérienne du néoformans.** — Il s'agit d'un néoplasme tellement étendu qu'il ne faut pas songer à intervenir chirurgicalement ; il est impossible, tant la masse a bourgeonné, d'introduire le plus petit miroir pour faire la laryngoscopie ; la langue est figée. Il existe une dysphagie extrêmement douloureuse ; quant aux ulcérations, elles sont recouvertes de fongosités sanieuses, d'odeur infecte. On commença par administrer de l'iодure de potassium pendant une semaine ; mais l'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait de carcinome à cellules sphéroidales, le malade fut adressé au Prof. Wright. La sérothérapie fut faite pendant dix semaines ; Scanes Spicer produisit une feuille qui donne les doses injectées, l'intervalle entre les injections et la réaction sanguine. Un changement favorable se produisit aussitôt ; le mieux continua pendant cinq à six semaines ; depuis un mois aucune modification. Voici quels furent les changements : diminution de volume de la néoplasie ; la laryngoscopie peut être pratiquée ; diminution de l'ulcération qui présente un meilleur aspect ; absence de fétidité, disparition de la dysphagie et des phénomènes douloureux ; rigidité moindre de la langue ; diminution de la masse ganglionnaire qui se réduit à un seul petit ganglion dur.

Scanes Spicer se demande quel est le mécanisme : action sur les infections secondaires ou sur la néoplasie elle-même ? En tous cas, le résultat tant local que général, est merveilleux.

Suit un exposé de la méthode thérapeutique par le Prof. A. E. Wright. Celui-ci donne les caractères distinctifs du « micrococcus neoformans » qui ressemble beaucoup au premier abord au staphylocoque, mais en diffère par quelques particularités : la première culture, prise de la tumeur même, donne de très rares colonies sur l'agar ; les cocci sont agencés en Y, c'est-à-dire en courtes chaînes bifurquées ; l'agglutination se produit avec du sérum humain normal en dilution à 1 pour 200 et même plus, etc.

Wright s'empresse de reconnaître que si le cas de Spicer est étonnant, il est unique ; 4 autres cas ont été soumis au même traitement : 2 sont déjà morts ; 1 ne présente aucun changement ; le 4^e est un peu mieux.

BARWELL. — **Infiltration de la corde vocale gauche.** — Signes fonctionnels : enrouement et aphonie transitoire depuis onze

mois ; douleur à la déglutition des aliments solides depuis quatre mois ; inspiration légèrement striduleuse. Signes physiques : gonflement papillaire, rouge foncé, des deux tiers antérieurs de la corde gauche ; le tiers postérieur est rouge ; la corde immobilisée en position voisine de la position cadavérique, l'aryténoïde gauche légèrement infiltré, ayant une apparence inflammatoire plutôt que l'aspect d'infiltration bacillaire ; légère excroissance au niveau de l'espace interaryténoïdien ; gonflement de la région sus-glottique jusqu'à la commissure antérieure du côté droit.

TRESWELL BABER demande d'essayer le traitement anti-spécifique.

SAIN-CLAIR THOMSON croit à de la tuberculose à cause de l'infiltration interaryténoïdiennne, l'aspect mamelonné des surfaces, et la perte de substance au dépens de la corde vocale et de la bande ventriculaire adjacente.

J.-W. BOUD. — **Tumeur du palais datant de vingt ans.** — Femme âgée de 65 ans, chez laquelle on enleva il y a douze ans une tumeur du voile dont l'apparition remontait alors à huit ans. Il y a quatre ans la tumeur reparut et grossit au point d'atteindre les dimensions actuelles. Depuis quelque temps, douleur, hémorragies considérables, écoulement nasal ; les sinus maxillaires sont opaques ; aucun ganglion.

CHARTERS SYMONDS est d'avis qu'il s'agit d'un sarcome ; ce n'est évidemment pas une tumeur épithéliale.

E.-A. PETERS. — **Epithélioma des amygdales.** — Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique, l'iode de potassium produit une amélioration légère, mais très passagère. Intervention en deux temps : 6 juin, excision des ganglions cervicaux qui semblent sains, et ligature de la carotide externe ; 13 juin, laryngotomie ; incision de la joue et division du voile ; la paroi pharyngée est séparée de la langue, du palais osseux et de la mâchoire, destruction de l'os sous-jacent à l'infiltration. Actuellement, légère récidive dans la cicatrice, et gros ganglions.

E.-A. PETERS. — **Aphonie fonctionnelle chez un soldat, à la suite du paludisme.** — En février 1905, accès de fièvre qui dure quatorze jours, avec attaque convulsive suivie de paralysie complète des membres, sans troubles vésicaux ; l'aphonie survient à ce moment. En mars 1906, l'examen montre un pharynx et un larynx presque insensibles. Les essais de phonation font voir des

cordes lâches ; pendant la respiration les cordes sont en abduction forcée, présentant un soupçon de mouvement. En mai, le malade se tord le pied, et recouvre la voix.

E-A. PETERS. — **Ostéite chronique de l'os frontal avec sinusite chronique.** — Trois ans auparavant, radicale pour antrite maxillaire gauche. En janvier 1905, céphalée, abcès supra-orbitaire droit. En juin, pus dans les deux fosses nasales ; pas de collection dans l'antre maxillaire gauche ; l'exploration du sinus frontal droit ne peut se faire : Peters ne trouve ni sinus ni infundibulum. En mai 1905, pus dans les deux méats moyens ; une sonde ne peut passer à droite ; à gauche elle pénètre dans un large sinus frontal qui est trouvé plein de pus. Pas de gonflement, pas de douleur.

Discussion.

CHARTERS J. SYMONDS. — Il semble y avoir sinusite double ; à droite le sinus est peut-être petit ; à gauche, au contraire, très large.

SAINT-CLAIR THOMSON présentera à la prochaine séance un cas analogue.

STUART LOW. — **Immobilité de la corde vocale gauche en position cadavérique ; adhérences probables tirant sur le récurrent.** — Jeune femme de 19 ans chez laquelle la paralysie de la corde gauche en position cadavérique est des plus nettes. Comme étiologie, on relève plusieurs crises de rhumatisme, qui ont déterminé une insuffisance mitrale avec hypertrophie ventriculaire. Stuart Low pense que de la péricardite a dû accompagner l'endo-myocardite ; il explique ainsi la lésion récurrentielle.

Discussion.

H.-J. DAVIS ne croit pas que les adhérences formées en cas de péricardite puissent englober le récurrent ; il pense à une compression, comme dans le cas de Thorne, par l'oreillette gauche dilatée.

BARWELL est du même avis.

ANALYSES

I. — OREILLES

Les surprises du cérumen, par G. RICARD (*Arch. inter. de laryngologie*, mars 1906).

Il est vrai que parfois où le plus souvent l'ablation du bouchon de cérumen entraîne la « résurrection auditive », il est des cas où la guérison fait défaut ; sur cent soixante-cinq extractions, la guérison ne fut obtenue que soixante fois seulement par Toynbee. Le pis est que, dans d'autres faits, l'intervention se montre nuisible. les pénibles symptômes subjectifs se trouvant accusés.

Ces cas rares, que la littérature spéciale ne mentionne pas, se constatent surtout chez les gens âgés, artério-scléreux, avec une oreille modifiée dans ses multiples parties. Objectivement, le cérumen est profond, tout contre le tympan ; au contact du stylet, il est dur, adhérent aux parois du conduit et difficile à mobiliser ; la peau du conduit pâle, amincie, ne présente aucune trace réactionnelle. Avant d'intervenir, on devra prévenir le malade, et si le résultat fâcheux survient, on tentera, avec une boulette de paraffine, de rendre au tympan le compresseur qui lui fait défaut.

M. GRIVOT.

Efficacité du traitement de l'otite moyenne purulente par le drainage aseptique, par GRADE (*Journal of the American medical association*, 2 janvier 1904, in *Therapeutic gazette*, 15 mars 1904, p. 183).

L'auteur s'attache à montrer l'efficacité du drainage de l'otite purulente aiguë au moyen de gaze, drainage fait aussitôt après la paracentèse ; il remplit en même temps l'oreille d'acide borique. Il pose en même temps une étude sur l'état du liquide provenant de la caisse suivant la date où est pratiquée la paracentèse, et sur les modifications que subit ce liquide les jours suivants, en quantité et comme aspect.

A. RAOUlt.

Sur un procédé nouveau d'ablation du mur de la logette, par VACHER (*Revue hebdomadaire de l'arrng., etc.*, 17 novembre 1906).

Le procédé de Stacke, pour l'ablation du mur de la logette, demande une grande légèreté de main, car une échappée peut faire léser la paroi interne de la caisse ou bien un mouvement de bascule trop prononcé du protecteur peut enfoncer le canal du facial. Vacher préfère faire disparaître ce mur à la fraise.

De préférence, narcose complète ; parfois simples piqûres de cocaïne dans le conduit, avec badigeonnages de l'attique au Bonain. Aborder le mur de la logette par le conduit membraneux, ou après l'avoir décollé. Introduire la fraise au repos jusqu'au contact de la paroi postérieure de la caisse, la ramener en avant, de 1 ou 2 millimètres. Tenue solidement, la fraise est mise en mouvement et attaque le mur obliquement de bas en haut. Il faut s'y prendre à plusieurs fois, mais avec un peu d'habileté on peut enlever le mur de la logette en laissant en place les osselets.

Vacher estime ce procédé supérieur à celui de Stacke, parce qu'il est plus simple, plus rapide, plus complet et qu'il n'offre aucun danger.

A. HAUTANT.

Des accidents consécutifs à la non-extraction de l'enclume au cours de l'ablation des osselets, par G. MAHU (*Revue hebd. de laryng. otolo. et rhino.*, 12 mai 1906).

L'auteur rapporte deux faits où l'enclume oubliée dans l'attique au cours de l'ablation des osselets détermina des accidents du côté du facial et du côté du labyrinth.

Dans le premier cas, le crochet de Ludwig et la curette de Kretschmann ne ramenèrent que des débris fongueux. Après une guérison apparente, l'écoulement reparut, accompagné de vertiges, vomissements et nystagmus. A l'aide de bains oxygénés, Mahu réussit à extraire de l'attique une masse jaunâtre de pus concrétisé, renfermant l'enclume à demi-détruite.

Dans le second cas, l'enclume ne fut également pas trouvée. Une paralysie faciale survint. L'évidement montra l'enclume dans l'attique, au milieu de fongosités, et ayant basculé vers l'aditus, de telle façon que sa branche inférieure venait faire pression sur le canal de Fallope.

Aussi l'auteur manque de confiance lorsqu'il entend dire, qu'au cours d'une extraction d'osselets, l'enclume n'existe plus. Il ne faut pas se contenter d'une vague tentative d'extraction, mais s'y

reprendre prudemment à plusieurs reprises, en usant des quelques précautions conseillées par Mahu. Si l'on ne trouve rien, il faut revoir le malade et se tenir sur ses gardes.

A. HAUTANT.

L'ouvel appareil pour le massage de l'oreille, par MULERT (*Monatsch. f. Ohrenheilkunde*, n° 10, 1906).

Le massage pneumatique de l'oreille est très en vogue en Allemagne. Il est indiqué dans le catarrhe chronique sec, et à la fin de l'otite moyenne aiguë, contre les bourdonnements de l'oreille, la sensation de plénitude, etc. Pour beaucoup d'auteurs, il remplace et même dépasse l'effet de la douche d'air. Nombreux sont en conséquence les appareils en usage ; le plus connu est celui indiqué par Breitung, mu par un électro-moteur. Cet appareil a été modifié souvent, et le mieux par l'appareil construit par la maison « Electra » (Berlin). Il peut être employé aussi pour le massage de la pituitaire, son maniement est simple et peut être confié au malade. Le prix de revient est de 40 marks.

LAUTMANN.

L'otite moyenne cholestéatomateuse et son traitement, par HAAG (*Corresp. Blatt. f. Schweizerärzte*, n° 19, 1906).

La gravité de l'otite cholestéatomateuse est généralement méconnue par le praticien. De l'otite suppurée ordinaire, elle constitue une forme qui est caractérisée par la rétention partielle du pus. Le cholestéatome se montre seulement dans les anciennes otorrhées, avec quelques caractères spéciaux.

La perforation doit être marginale et se trouver dans la partie supérieure du tympan, surtout dans la membrane de Schrapnell. Une sonde courbée, introduite par la perforation, se perd derrière le rebord tympanique. Ce qui reste du tympan est rétracté, le fond de la caisse est épidermisé, blanchâtre. Dans le fond, on peut voir un polype et surtout les masses caractéristiques du cholestéatome.

On s'accorde aujourd'hui à trouver au cholestéatome les causes suivantes : il s'agit d'une épithérialisation continue du conduit dans la caisse, par la petite brèche du tympan. L'appel à cette épithérialisation part d'une perte d'épithélium ou voire même d'une ulcération de la muqueuse de la caisse.

Enfin, comme troisième facteur, s'associe la rétention du pus,

qui, grâce à l'étroitesse de l'espace, provoque une irritation de la muqueuse, qui fera naitre, couche sur couche, les masses de l'épithélium.

Il ne nous a pas paru inutile de reproduire ces notions qui se trouvent mentionnées partout, mais nulle part aussi clairement expliquées que dans le travail de Haag. Quant au traitement, la technique de Haag ne diffère pas du traitement ordinaire : lavages avec l'eau oxygénée, de 3 à 5 % à travers la canule de Hartmann, et insufflations d'un mélange d'acide borique et acide salicylique 10 à 20 %. En cas d'échec, opération.

LAUTMANN.

Examen anatomique de l'appareil acoustique après fracture de la base du crâne, par LANG (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd LIII, n° 1).

Des examens microscopiques de l'appareil acoustique, consécutifs à une fracture de la base du crâne, sont rares. Lang cite une publication de Barnick à laquelle il ajoute, dans son article, la description des préparations microscopiques faites du rocher d'un homme, qui est mort à la suite d'une fracture de la base du crâne. Lang ne nous dit rien sur les antécédents de l'homme auquel appartenait le rocher examiné. L'intérêt de ces examens est surtout de permettre la reconnaissance de la lésion traumatique de l'acoustique, et de comparer ces lésions à celles décrites par Nager, comme lésions post-mortem. Dans le cas de Lang ces dernières altérations étaient particulièrement nettes.

LAUTMANN.

Epiphora d'origine labyrinthique, par P. CORNET (*Archiv. intern. de laryngologie*, janvier 1906).

Chez un malade atteint de catarrhe tubaire bilatéral, une pression exercée sur le marteau, à droite, soit avec le spéculum pneumatique, soit avec un stylet, provoquait dans l'œil droit des picotements, la conjonctive s'injectait et les larmes de ce côté coulaient abondamment sur la joue.

L'auteur admet qu'il s'agit d'un réflexe déterminé par l'augmentation de la pression labyrinthique, en particulier par l'excitation de la macule utriculaire, et l'irritation au lieu de se traduire par les symptômes propres à l'excitation des nerfs cochléaire ou vestibulaire (bourdonnements, sensations vertigineuses), se manifestait par des troubles oculaires ; c'est là un exemple de ces enjambements internucléaires dont parle Bonnier.

On observait également, mais de façon inconstante, un spasme

de l'orbiculaire des paupières ; ceci semble indiquer que l'irritation labyrinthique se réfléchissait aussi sur le noyau du facial supérieur.

M. GRIVOT.

L'audition dans l'anesthésie hystérique totale, par F. CHAVANNE
(*Arch. intern. de laryngologie*, janvier 1906).

Chez une malade qui présentait une anesthésie sensitive totale, l'auteur a recherché comment se comportait l'audition.

Chez les hystériques, la diminution de la perception crâno-tympanique est constamment plus considérable que celle de la perception aérienne ; l'existence de lésions légères de l'oreille moyenne soustrayait dans ce cas l'audition à cette règle générale et entraînait un Rinne négatif. A part ces différences, l'observation confirmait de tous points les conclusions antérieures de l'auteur.

1^o Sensibilité du pavillon et du conduit cartilagineux suivant dans ses variations la sensibilité de la face.

2^o Sensibilité du conduit osseux et du tympan sans relation de dépendance ; anesthésie du tympan exceptionnelle.

3^o Hypéresthésie acoustique habituelle et non anesthésie.

4^o Epreuves Gellé, Bing, Corradi, positives ; Weber latéralisé du côté où l'hyposthésie est moins accentuée.

5^o Pas de rapports constants entre l'hémianesthésie cutanée et l'hémihyposthésie auditive, ni entre l'anesthésie généralisée et la surdité hystérique.

M. GRIVOT.

Traitemennt de la paresse de l'ouïe et des troubles subjectifs par les courants de haute-fréquence, par J. GALBRAITH, CORMAL et JAMES R. RIDDEL (*Glasgow medico-chirurgical society*, mai 1904, in *Glasgow medical journal*, décembre 1904, p. 442).

Tous les cas énumérés ont été traités par les courants de haute-fréquence, après avoir essayé en vain les traitements locaux et les médicaments divers. Dans 6 cas de catarrhe sec de l'oreille moyenne après propagation au labyrinth, il n'y a eu aucune amélioration, les bourdonnements ont seulement légèrement diminué. Chez quatorze malades atteints de catarrhe sec de l'oreille moyenne sans signes labyrinthiques, dix avaient des bourdonnements, huit de ceux-ci ont eu leurs bruits diminués, et deux très améliorés à ce sujet, chez le dernier, ces bruits ont disparu. Dans 2 cas l'ouïe a été améliorée. Dans 7 cas de lésions post-suppuratives de l'oreille moyenne, avec cicatrice, perforation et dépôts

calcaires de la membrane, il y avait cinq fois des bourdonnements (4 ont été très améliorés); quatre fois l'ouïe a été augmentée. Enfin, dans 5 cas de sclérose de l'oreille moyenne, il y a eu quatre fois une amélioration de l'ouïe, et, chez un malade les bruits ont cessé pendant quatre mois.

Le traitement peut se faire de différentes façons, soit que l'on emploie l'électrisation générale, soit l'électrisation locale, qui a aussi une certaine action générale. Le traitement local comporte les modes suivants : 1^o On peut se servir des effluves venant du résonateur appliquées sur le côté de la tête, en approchant l'électrode à pointes multiples aussi près que possible, sans produire d'étincelles. En même temps, l'autre électrode en métal souple est placé sur l'autre côté de la tête. 2^o On place dans chaque conduit auditif externe, une électrode condensatrice, recouverte d'un tube de verre. 3^o En appliquant les électrodes de métal par dérivation, l'un contre l'autre. Cette méthode doit être appliquée avec soin, car elle peut être douloureuse.

A. RAOULT.

Interprétation du Rinne positif paradoxal. Technique destinée à prévenir ce résultat, par E. ESCAT (*Revue hebdomadaire de la rhinologie, d'otol., etc.*, 1^{er} décembre 1906).

Tous les auristes s'accordent à reconnaître que la valeur du Rinne négatif est indiscutable; il n'en est pas de même de celle du Rinne positif. Il existe, en effet, un Rinne positif paradoxal, c'est-à-dire un Rinne positif qui coïncide avec une perte souvent énorme de l'audition aérienne. L'explication en est simple : il en est ainsi toutes les fois que la lésion de l'appareil de transmission n'est pas suffisante pour abaisser l'audition aérienne de la totalité de la différence qui la rend supérieure à l'audition crânienne à l'état normal. Dans ces cas de Rinne paradoxal, il y aura contradiction avec l'épreuve de Weber.

Pour se parer contre cette erreur du Rinne positif on tiendra pour suspecte toute épreuve de Rinne à résultat positif tant que l'audition à la voix chuchotée dépassera 1 mètre (Lucé) et que l'audition à la montre dépassera 5 centimètres (Escat).

Mais la cause de ce Rinne positif paradoxal réside aussi et surtout dans l'incorrection de la technique même de l'épreuve classique, Escat rappelle les critiques de Bonnier contre cette technique : on compare une unité sonore très faible pour l'audition au contact (pied du diapason) avec une unité très forte pour l'audition sans contact (branches du diapason). Mais il lui semble que

la modification proposée par Bonnier ne peut remédier à cette erreur ; Bonnier propose, en effet, pour mesurer l'audition aérienne également avec l'unité sonore émise par le pied du diapason, d'appliquer le pied du diapason sur un tube otoscope préalablement engagé dans l'oreille ; Escat fait justement remarquer que ce tube joue dans ce cas l'office d'un cornet acoustique, établit une continuité entre le diapason et le conduit membraneux et pour ces deux motifs renforce le son.

Escat aime mieux, pour n'utiliser dans les deux temps de l'épreuve de Rinne que les vibrations du pied du diapason, de pourvoir ce dernier d'un petit pavillon métallique qui peut être mis au contact avec la mastoïde et être présenté au méat auditif. Plus simplement, Escat relie au pied du diapason à l'aide d'un tube de caoutchouc un spéculum auris. La durée de la perception aérienne éprouvée conformément à cette technique est beaucoup plus courte que par la méthode classique. On se mettra plus facilement à l'abri des erreurs causées par le Rinne positif paradoxal et l'expérience ainsi exécutée révélera une altération légère de l'appareil de transmission que sa subtilité rendait insaisissable par l'épreuve classique.

A. HAUTANT.

Résultats de la thiosinamine dans le traitement de l'otite scléreuse, par TAPIA (Revue hebd. de laryng., etc., 15 décembre 1906).

Dès le commencement de 1903, Tapia étudia la curabilité de l'otite scléreuse par des injections de solutions glycérinées de thiosinamine au 1/10. Il n'obtint aucune amélioration. Cependant des travaux récents, ceux de Sugar, Hirchland, Kassel entre autres, accordent à ce médicament une certaine valeur, non seulement pour ramollir l'otite adhésive, mais aussi pour améliorer les sténoses cicatricielles du larynx, de la trachée, du pharynx et de l'œsophage. Tapia explique cette discordance des résultats obtenus par ce fait qu'il s'est jusqu'ici adressé à des cas d'oto-sclérose vraie, qu'il a toujours suspendu tous les traitements locaux, qu'il a utilisé des doses moindres et pendant moins de temps. Il reprend d'ailleurs ses recherches pour se faire une opinion définitive qu'il publiera dans la même revue.

A. HAUTANT.

Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien, par J. MOURET (Revue hebd. de laryng., otol., etc., 14 et 18 août 1906.)

Dans cet article très détaillé, Mouret étudie les différents temps

de l'opération et des pansements de l'évidement pétro-mastoïdien, et il discute, d'après son expérience personnelle, sur la conduite la plus favorable.

Il pratique *la trépanation* dans la région même de l'aditus, ayant ainsi plus de chances de trouver l'antre, et il abat largement le mur de la logette pour fouiller tous les coins de l'attique.

Il curette largement toutes les cellules pétro-mastoïdiennes et la région attico-antrale. Il se préoccupe beaucoup de modeler l'intérieur et le pourtour des cavités opérées pour faciliter le travail de réparation ; l'ensemble doit faire une cuvette large, à bords émoussés et descendant en pente douce ; il faut enlever toute la paroi externe de l'aditus, bien aplaïnir le bec osseux du facial, largement ouvrir et niveler les cellules péri-antrales ; la paroi postérieure du conduit doit être complètement abattue au ras du plancher du conduit auditif et il faut, tout en épargnant le facial, que l'on passe sans ressaut de la paroi inférieure du conduit dans la région antrale.

Le bourgeonnement de cette surface osseuse devrait combler et faire disparaître la cavité antrale, l'aditus et l'attique ; au contraire, le conduit auditif et la région sous-atticale resteront bien ouverts.

L'épidermisation est due seulement à la prolifération progressive de l'épithélium des parties périphériques, et Mouret n'admet pas que l'épithélium puisse naître sur place, à la surface des bourgeons charnus. La présence de saillies fait subir un temps d'arrêt à l'épidermisation ; il faut avoir une voie d'accès suffisante pour surveiller la cicatrisation, car c'est là le point le plus important d'un évidement.

Mouret rappelle à grands traits les avantages et les inconvénients des différentes *voies de surveillance de la cavité opératoire* : si on n'utilise que le méat on est gêné par le conduit auditif membraneux qui forme une voie étroite et insuffisante ; maintenir ouverte l'incision rétro-auriculaire est souvent difficile et laisse un vaste trou inesthétique ; peut-être pourrait-on, avec Lermoyez et Mahu, ne maintenir l'orifice rétro-auriculaire que temporairement, puis panser par le conduit. Avec Mouret, Mouret est partisan de la fermeture immédiate de l'incision rétro-auriculaire et de panser par le méat : « l'opéré peut reprendre ses occupations, l'esthétique est sauvée, la durée du traitement a diminué et la guérison survient en deux à trois mois, parfois même en un mois et demi.

Pour agrandir le conduit et le méat auditifs, on peut supprimer

le conduit membraneux (Zaufal et récemment Delsaux). Mouret, qui ne croit pas à l'origine spontanée de l'épithélium de revêtement à la surface des bourgeons, préfère utiliser le conduit membraneux pour l'étaler sur les parties osseuses voisines : on gagne du temps et on se met plus sûrement à l'abri de la formation des brides cicatricielles.

Pour que les *lambeaux taillés aux dépens du conduit auditif membraneux* soient utilisables, il faut que le conduit ne soit pas maltraité au cours de l'opération, que les lambeaux soient taillés d'une façon rationnelle, que les parties osseuses leur fassent un lit régulier. Le lambeau de Stacke contient du cartilage dont l'élasticité gêne la bonne coaptation aux plans sous-jacents et dans la suite les bords de l'orifice méatique se rétrécissent. Mêmes reproches au procédé de Panse qui a de plus un mauvais lambeau supérieur tendant à tomber par son propre poids. Deux objections contre le procédé de Körner : le lambeau a plutôt tendance à s'accorder aux téguments qui recouvrent la brèche de la mastoïde, puis il reste mal en place, car il se rabat difficilement par suite du cartilage qu'il contient.

Les préférences de Mouret vont au *procédé de Siebenmann*. Il en décrit minutieusement la technique d'après la description même de Siebenmann, puis il passe en revue les principaux reproches adressés à ce procédé. Il le défend surtout contre l'objection d'être inesthétique. Quand on se contente de tailler un lambeau externe aux dépens de la conque, le côté esthétique est à peu près ménagé, sauf que l'on supprime la ligne qui dessine la racine de l'hélix. Il n'en est plus de même, il est vrai, si l'on supprime le lambeau cutané et surtout si l'on reporte en arrière le pavillon. Aussi Mouret croit-il qu'il suffit dans la majorité des cas de faire un Siebenmann en conservant un lambeau externe pris seulement aux dépens d'une partie de la conque.

Il rappelle la technique de Moure, ainsi que les modifications apportées par Luc. Il utilise la méthode de ce dernier et, comme lui, taille le lambeau externe aux dépens de la moitié inférieure de la conque, non aux dépens de la moitié supérieure comme Siebenmann. Ainsi le relief de la racine de l'hélix est conservé, la racine de l'hélix et la partie *sus-jacente* de la conque forment comme un voile qui tombe au-devant de l'antre. Il ne croit même pas nécessaire de faire un orifice très large, ainsi il se contente de prendre un petit lambeau aux dépens de la conque, sans tailler jusqu'à l'anthélix.

est d'avis de conserver le conduit membraneux et de l'étaler

sur les parties voisines de la surface évidée, ce qui facilite l'épidermisation et diminue les chances de rétrécissement ultérieur du calibre du conduit. Toute la paroi postérieure formera un lambeau qui sera appliqué inférieurement sur les parties mastoïdiennes voisines. Ainsi les pansements seront rendus faciles et ils seront faits avec un large spéculum d'oreille ou même un spéculum du nez.

Il estime qu'il faut refermer la plaie rétro-auriculaire aussitôt après l'opération. Si on conserve un orifice de surveillance temporaire au niveau du sillon rétro-auriculaire, on risque d'avoir une fistule permanente. D'après Mouret, on ne risque jamais d'avoir d'orifice permanent rétro-auriculaire dans la trépanation simple bien opérée, parce qu'on conserve la paroi postérieure du conduit auditif. Au contraire, cette fistulation peut s'observer dans l'évidement, et cela pour deux raisons : insuffisance du bourgeonnement de la surface osseuse évidée lorsque la cavité évidée est grande, difficulté d'amener la paroi antérieure cartilagineuse du tunnel créé par l'évidement au contact de la paroi postérieure, le tout empêchant la fermeture du tunnel et prédisposant à la cutinisation de ses parois. Il faut donc faire la suture immédiate des lèvres de la plaie rétro-auriculaire pour éviter la permanence d'un orifice et se contenter de surveiller par le méat.

Cependant, si l'évidement intéresse toute la mastoïde et a nécessité une incision en T, au niveau de cette incision supplémentaire horizontale il faudra ménager un orifice de surveillance temporaire, qui seul permettra de surveiller la moitié postérieure de la mastoïde. Placée en cet endroit, cette ouverture se refermera, car les deux lèvres de l'incision antéro-postérieure tendent toujours à se réunir. Le danger de la fistulisation permanente rétro-auriculaire est seulement au voisinage du bord adhérent du pavillon vers le milieu de l'incision verticale.

Mouret apporte deux observations à l'appui de ses dires et présente quelques photographies du méat d'évidés suivant la méthode de Siebenmann modifiée par Luc.

A. HAUTANT.

NOUVELLES

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS

La LXXVI^e réunion des médecins et naturalistes allemands aura lieu, à Dresde, du 15 au 21 septembre 1907. Le secrétaire de la section d'otologie est le Dr ALFRED WIEBE, 7, Struve strasse, Dresde.

CONGRÈS INTERNATIONAL LARYNGO-RHINOLOGIQUE

JUBILÉ DE TÜRK-CZERMAK.

Exposition laryngo-rhinologique à Vienne du 21-25 avril 1908.

Pendant la durée du « Congrès international laryngo-rhinologique », qui aura lieu à Vienne du 21 jusqu'au 25 avril 1908, le Comité exécutif a pris la décision d'organiser une exposition concernant la Laryngologie, la Rhinologie, l'Oesophagoscopie et la Bronchoscopie. On exposera : des instruments destinés à l'examen, au traitement et à l'opération, des appareils d'inhalation, électro-médicaux et d'éclairage ainsi que d'autres objets techniques, des prothèses, des manuscrits, des livres, des préparations, des dessins, etc. Nous prenons la liberté de nous adresser à tous les intéressés avec prière de vouloir bien participer à cet arrangement et de communiquer au Secrétaire (M. le Prof.-Dr M. GROSSMANN, IX, Garnisonsgasse, 10, à Vienne) leurs intentions, au plus tard jusqu'au 31 décembre 1907, avec l'exacte description des objets à exposer, en vue de la formation du catalogue. Prière d'envoyer les objets d'exposition jusqu'au 15 février 1908 au plus tard, à l'adresse suivante : Herrn Ober-Ingenieur Jaroschka, Inspektor des k. k. Universitätsgebäude in Wien, qui se chargera de les garder. Par les soins du Comité exécutif, les objets envoyés seront assurés contre l'incendie, le vol et les dégâts. Les autorités compétentes ont concedé l'importation et l'exportation libres quant à la douane. Messieurs les exposants voudront bien demander au Secrétaire les documents nécessaires pour l'envoi en question.

Vienne, avril 1907.

Pour le Comité exécutif :

Le président : Prof.-Dr O. CHIARI, I, Bellariastrasse, 12, Wien ;

Le secrétaire : Prof. Dr M. GROSSMANN, IX, Garnisonsgasse, 10, Wien.

Société belge de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.

La Société belge de laryngologie, d'otologie et de rhinologie se réunira les 8 et 9 juin prochains à Bruxelles, à l'hôpital Saint-Pierre (service du Dr CHEVAL).

Les personnes qui ont l'intention d'y faire des communications, des démonstrations, de présenter des malades, des pièces anatomo-patholo-

giques ou des préparations microscopiques, sont priées d'en avertir, avant le *20 mai prochain*, le secrétaire général.

Trois questions sont à l'ordre du jour :

1^e Les surdités professionnelles ; rapporteur, DE STELLA ;

2^e Les anesthésiques en oto-rhino-laryngologie ; rapporteur, FERNANDES ;

3^e L'oto-rhino-laryngologie et le programme des examens universitaires ; rapporteur, CHEVAL.

Le président, Dr C. HENNEBERT ;

Le secrétaire général, Dr J. BROECKAERT, 16, place du comte de Flandre, Gand.

NOMINATIONS

Le Dr DUNDAS GRANT a été nommé chirurgien de la section de la gorge et des oreilles, à l'*Hospital for Consumption*, à Londres.

Le Prof. extraordinaire PASSOW vient d'être nommé Professeur ordinaire d'otologie à l'Université de Berlin.

Le Prof. extraordinaire Killian vient d'être nommé Professeur ordinaire honoraire de rhinologie et de laryngologie.

Le privat docent Otto Voss, de Königsberg, a été nommé Professeur.

NOUVELLES DIVERSES

Une clinique oto rhino-laryngologique de vingt lits a été créée à l'Université d'Amsterdam, et mise sous la direction du Prof. H. BÜRGER.

L'Université de Leyde vient de créer une chaire d'oto-rhino laryngologie, dont le titulaire est le Prof. extraordinaire Dr Th.-L. KAR.

On annonce la mort, à l'âge de 43 ans, du Dr KARL REINHARD, de Duisburg, trésorier de la Société Allemande d'otologie.

CORRESPONDANCE

« Cher Confrère,

« Le Prof.-Dr ADAM POLITZER, atteint par la limite d'âge, quittera, à la fin du second semestre 1907, la direction de la clinique pour les maladies de l'oreille à l'Université impériale et royale de Vienne, ainsi que la chaire qu'il a occupée pendant quarante-six ans à la gloire de la science.

« La célébrité universelle du Prof. POLITZER, la considération générale

dont il jouit dans le cercle de ses élèves et de ses confrères, nous dis-pensent d'insister sur ses mérites dans l'otologie et dans la médecine en général.

« Le Comité soussigné croit donc répondre à un désir des nombreux élèves et amis du Prof. POLITZER en choisissant le moment où le Maître va quitter les lieux témoins d'une si longue et fructueuse activité pour lui exprimer ses sentiments de vénération et de reconnaissance.

« Le Comité s'était d'abord unanimement déclaré à organiser une solennité à laquelle auraient été invités les confrères d'Autriche-Hongrie et ceux de l'Etranger ainsi que les députations des Sociétés otologiques. Le Prof. POLITZER ayant eu cependant connaissance de ce projet, demanda de renoncer à cette solennité ayant eu, dans ces derniers temps, plusieurs deuils dans sa famille. On résolut donc de faire frapper une plaquette d'après un modèle du sculpteur, M. Telcs, portant l'effigie du Maître, qui lui sera remise en or par le Comité local le jour de son départ de la clinique otologique ; tandis qu'une reproduction de cette plaquette sera à la disposition des confrères qui voudront garder un souvenir de l'éminent savant et du jour mémorable.

« En même temps que la plaquette, on offrira au Maître une adresse contenant les noms de ceux qui se seront joints à cette respectueuse manifestation.

« Nous engageons donc tous les confrères, en particulier les anciens élèves du Prof. POLITZER, de même que les représentants de la science otologique, en général tous ceux qui intéressent le célèbre Maître viennois, de vouloir envoyer leur demande d'une plaquette au trésorier du Comité soussigné.

« On prie aussi de joindre à cette demande très lisiblement les noms, titres et adresse avec le montant de 24 couronnes (24 francs) pour la plaquette en argent soit de 12 couronnes (12 francs) pour la plaquette en bronze, le tout à l'adresse du trésorier : Dr D. KAUFMANN, à Vienne, VI, Mariahilferstrasse, 37 (Autriche).

« Tous les frais couverts, l'excédent des recettes servira à former un fonds mis à la disposition du Prof. POLITZER pour une fondation scientifique.

« Prière d'envoyer les déclarations jusqu'au 15 mai 1907 au plus tard et seulement à l'adresse indiquée plus haut.

« Pour le Comité : Prof.-Dr JOSEF POLLAK (Vienne), dozent-Dr HUGO FREY (Vienne), dozent-Dr G. ALEXANDER (Vienne), Dr D. KAUFMANN (Vienne), VI, Mariahilferstrasse, 37 ; Prof.-Dr BÖKE (Budapest), Prof.-Dr DEMETRIADIS (Athènes), Prof.-Dr GRADENIGO (Turin), Dr C. LAGERLÖF (Stockholm), Geheimrat-Prof.-Dr A. LUCAS (Berlin), Prof.-Dr URBAN PRITCHARD (Londres), Prof.-Dr SCHMIEGELOW (Copenhague), Dr STANCULEANU (Bucarest), Dr SÉGURA (Buenos-Ayres), Prof.-Dr DELSAUX (Bruxelles), Prof. R. FORNE (Madrid), Prof.-Dr H. KNAPP (New-York), Dr M. LERMOYER (Paris), Prof.-Dr OKADA (Tokio), Prof.-Dr ROHARR (Zurich), Prim.-Dr SCHRAGA (Belgrade), Prof.-Dr St. von STEIN (Moscou), Prof.-Dr ZWAARDEMAKER (Utrecht) ».

Le privat-doçent Dr HUGO FREY nous prie de bien vouloir renouveler l'appel aux otologistes de France, que nous avons publié dans un précédent numéro. Nous nous faisons un devoir et un plaisir de satisfaire à sa demande. N. D. L. R.

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

BROWN KELLY. — The diffuse hyperplastic laryngitis and pharyngitis of congenital syphilis (Extrait de *Glasgow medical Journal*, nov. 1906).

GUDER. — De la tuberculose primaire du larynx et des rapports entre les tuberculoses laryngée et pulmonaire (Extr. de *Rev. médic. de la Suisse romande*, mars 1907).

Prof. GERBER. — Les ostéomes du sinus frontal (Extr. de *Arch. intern. de laryngol.*).

CORN. — La tuberculose nasale autrefois et aujourd'hui (Extr. de *Arch. f. laryng.*, XIX Bd., 2 heft).

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'Anesthésie, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.
P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE

(Coca-Théïne analgésique Parisien)

Medicament Spécifique des MIGRAINES

et des NÉVRALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINTE-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

